# PIELĘGNIARKA POLSKA

## MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



Rok X 1938 Nr 1

**Lepiej poznajemy w chorobie, czym jesteśmy, niż w zdrowiu. Szczęśliwiśmy, jeżeli możemy odkryć skarb w chorobie ukryty.** (Św. Wincenty à Paulo).

# Pielęgniarka Polska Nr. 1

TREŚC:



# L'Infirmière Polonaise Nr. 1

SOMMAIRE:



Administracja „Pielęgniarki Polskiej" przypomina Szanownym Czytelnikom o wyrównaniu zaległości za rok ubiegły oraz opłacie prenumeraty za rok bieżący. Administracja roześle w lutym przekazy P. K. O., na których uwidoczniona będzie należytość za rok 1938. Prenumeratorzy, pragnący korzystać z 25% rabatu, nadeszlą należność jednorazowo w całości. Prenumeratorom, którzy opłacili prenumeratę za rok 1938 przekazy rozsyłane nie będą. Prenumeratorom, którzy nie wyrównali zaległości za rok 1937 i dawniejszych, przesyłka „Pielęgniarki Polskiej" zostanie wstrzymana. Do wszystkich Prenumeratorów, zalegających na większą sumę, wysłano osobne listy. Kto przyjmuje czasopismo, nie płacąc, krzywdzi wydawnictwo, naraża na znaczne koszta Administrację, utrudnia Redakcji pracę zmierzającą do dania jak najwięcej wiadomości Czytelnikom, hamuje rozwój pielęgniarstwa w Polsce.

W imię dobra ogólnego, w imię rzetelności — wzywamy wszystkich Prenumeratorów do jak najszybszego wyrównania zaległej i opłacenia bieżącej prenumeraty!

*Redakcja i Administracja „Pielęgniarki Polskiej"*.

**Adres Redakcji i Administracji: Kraków, ul. św. Krzyża 11.**

Konto PKO 409—450.

**Cena prenumeraty: rocznie 6 zł.** (przy zaległościach w prenumeracie **8 zł.**) **kwartalnie 2 zł., miesięcznie 70 gr.**

Rok X Styczeń 1938 Nr 1

# PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ



## Praca Pielęgniarki w Śląskim Zakładzie dla Głuchoniemych w Lublińcu

Głuchota, bardzo ciężkie kalectwo, w znacznym stopniu utrudniające obciążonej nią jednostce życie, dzięki swojemu ukrytemu charakterowi nie zwraca tyle uwagi i nie budzi tyle serdecznego współczucia, co brak kończyn czy zmysłu wzroku. Częstokroć ludzie pełnozmysłowi traktują głuchoniemego jako pewnego rodzaju ciekawy obiekt, któremu przyglądają się z zainteresowaniem widząc niezrozumiałą dla nich rozmową na migi.

Charakter kalectwa głuchoty wywiera pewien specjalny wpływ na kształtowanie się psychiki, trzeba jednak zaznaczyć, że zasadniczo głuchoniemy, jeśli chodzi o władze umysłowe, to człowiek normalny. Tymczasem długo istniało pojęcie, że głuchoniemy to jednostka nienormalna. Sąd ten, tak bardzo krzywdzący kalekę, o którym mowa, datuje się już od czasów starożytnych. U Żydów prawo bierze głuchoniemego w opiekę, co dowodzi, że dobrze mu się wtedy nie działo; „nie złorzecz głuchemu", czytamy w Starym Testamencie. W Grecji, gdzie jednostki ułomne i słabe fizycznie wynoszono w góry Taigetu i zostawiano na pastwę losu, Arystoteles twierdził, że język jest znakiem wykształcenia, które zdobywa się przy pomocy słuchu; z tego wniosek, że kto nie posiada słuchu, ten wykształcenia osiągnąć nie może; stąd zaś wynika, że głuchoniemy, jako pozbawiony słuchu i mowy, pozbawiony jest rozumu. Chrystianizm w imię idei miłości wziął głuchych w obronę. Lecz nie odrazu przyznano im pełnię praw, jaką mieli ludzie słyszący. W średniowieczu los głuchoniemego był opłakany. Nie umiejąc wytłumaczyć sobie jego kalectwa, posądzano go o tajemnicze pochodzenie.

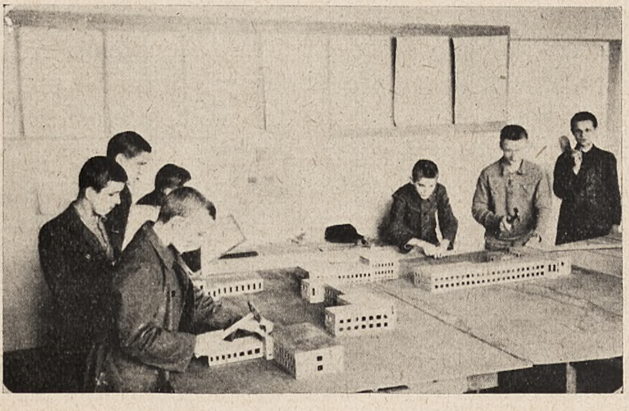
Gdy podcinanie języka i t. p. bolesne zabiegi nic nie pomagały, zostawiano nieszczęsnych ich własnemu losowi, uważając ich za idiotów. Dopiero epoka Odrodzenia jak w wielu innych dziedzinach życia, tak i tu wprowadziła duże zmiany. Zaczęto się nad głuchotą i głuchoniemym zastanawiać: próbowano go uczyć i przekonano się, że konsekwencją tego kalectwa nie musi być idiotyzm. Jednakże dopiero osiemnasty wiek przyniósł kompletne zmiany zapatrywań na głuchoniemotę. Twórca pierwszej szkoły dla głuchoniemych, Abbé de l'Epée w Paryżu, zaczął głuchoniemych uczyć języka migowego, chcąc w ten sposób utorować im drogę do społeczeństwa, z którego zostali wykluczeni na skutek swego kalectwa. W 1880 roku dochodzi do głosu zdanie, że głuchego należy uczyć mowy artykułowanej i od tej chwili kierunek ten panuje w dziale szkolenia głuchoniemych.

Dziś w Polsce głuchoniemy, jako człowiek normalny, ma jako obywatel pełne prawa, może zakładać rodzinę, ponosi odpowiedzialność za swe czyny. W wypadkach trudności porozumiewania się, np. w sądzie przy zeznaniach i t. p., pomaga mu specjalista tłumacz, zazwyczaj nauczyciel głuchoniemych. Ażeby jednak głuchoniemy stał się jednostką, którąby miała prawo samostanowienia o sobie, zasługującą na traktowanie na równi ze słyszącymi, trzeba go do życia przygotować, podobnie jak ludzi pełnozmysłowych. W normalnych warunkach dziecko uczy się w szkole powszechnej, uczy się również w domu, przy zabawie, na ulicy; uczy się przez to, iż słyszy, przez to, że po prostu od najmłodszych lat bierze udział w życiu. Głuchoniemy wskutek swego kalectwa nie może się uczyć w szkole powszechnej, nie może mu dać wykształcenia ani dom ani on sam. Trzeba mu w tym pomóc. I oto humanitarna myśl ludzka, chcąc tych nieszczęśliwych wciągnąć w życie słyszących, oraz przygotować ich do życia tak, aby nie stali się ciężarem społeczeństwa, stworzyła szkoły i zakłady opieki specjalnej, w których głuchoniemy uczy się mówić tak jak mówimy my, ludzie słyszący, które rozwijając jego psychikę, usuwają specyficzne piętno, jakie wybiło na nim kalectwo, w których otrzymuje on pewną normę wiadomości ogólnych każdemu człowiekowi potrzebnych, oraz przygotowanie do życia takie, by mógł sam dać sobie rady i nie być ciężarem opieki społecznej.

Głuchoniemych mamy w Polsce około 40.000. Zakładów szkolenia istnieje kilka: w Warszawie, we Lwowie, w Poznaniu, w Wejherowie, w Krakowie, Łodzi, Wilnie i w Lublińcu Śląskim. Prócz tego mamy kilka prywatnych szkół dla głuchoniemych dzieci wyznania mojżeszowego.

Każda instytucja musi być zbudowana i urządzona odpowiednio do celu jakiemu ma służyć. Takim właśnie zakładem odpowiednim dla szkolenia głuchoniemych jest obliczony na 200 miejsc Śląski Zakład dla Głuchoniemych w Lublińcu, instytucja opiekuńczo-wychowawcza, w której dzieci przebywają stale, z wyjątkiem przerw wakacyjnych, od 7-go do 15-go lub 16-go roku życia. Zakład składa się z kilku pawilonów

budowanych docentralnie, są to: pawilon szkolny, obejmujący prócz klas, salę gimnastyczną z różnego rodzaju przyrządami do ćwiczeń i kaplicę zakładową, dalej internaty, osobny dla chłopców osobny dla dziewcząt, oba z sypialniami, bawialniami i uczelniami, szpitalik oddzielony zupełnie od innych budynków, pawilon gospodarczy, szkoła zawodowa, warsztaty. Zakład, położony w malowniczym lesie szpilkowym, jest budowany według ostatnich wskazań higienicznych. Jest ogrzewany centralnie, a bieżąca ciepła i zimna woda pozwala na należyte utrzymanie lokalu i wychowanków w czystości — nigdzie nie daje się zauważyć specjalnych zapachów tak charakterystycznych dla wielu przytułków i schronisk. Meble są lakierowane, a przez to łatwe do zmycia. Łóżka — metalowe białe, również lakierowane, w szkole każde dziecko ma własny pulpit i krzesło odpowiednie do wzrostu. Duża ilość okien umożliwia należyty dostęp słońca i powietrza.



W warsztatach. Chłopcy budują model Zakładu

Ściany pomalowane są na miłe dla oka i spokojne kolory — kremowy i niebieski.

Przedpołudnia dzieci spędzają w pawilonie szkolnym. Dziecko pobiera w szkole zakładowej naukę w zakresie programu szkoły powszechnej tak, że po ukończeniu nauki posiada pewien zakres najniezbędniejszych mu wiadomości. A więc dziecko uczy się religii, rachunków, historii, geografii; program obejmuje również zajęcia praktyczne, gimnastykę i naukę mówienia.

Na jakiej podstawie oparto nauczanie mowy artykułowanej u głuchoniemych? Dzieci uczą się mowy, odczytując ją z ust nauczyciela. Wymawiając słowo „Lubliniec“, widzimy w lustrze, że układ naszych ust jest zupełnie inny, niż przy wymowie słowa „mama“. A równocześnie zauważamy, że układ ust przy wymowie jednego i tego samego wyrazu jest zawsze taki sam. Nauczyciel mówi powoli i wyraźnie, dziecko, patrząc na

jego usta, próbuje układać wargi tak samo. W ten sposób dzieci uczą się mowy naszej. Między sobą jednak używają przeważnie migów, pomagając sobie przy tym mową artykułowaną. Zaznaczyć trzeba, że świat głuchoniemych nie posiada żadnego uniwersalnego języka migowego. Każdy większy ośrodek głuchoniemych wytwarza swój specjalny dialekt migowy.

Wychowankowie głuchoniemi uczą się prócz przedmiotów ogólnokształcących także i zawodów w poszczególnych warsztatach jak szewskim, krawieckim, introligatorskim; dziewczęta zaś mają naukę szycia i gospodarstwa domowego. Chodzi o to, aby jednostkom tym dać również praktyczne przygotowanie i zawód, aby sami zapracowali sobie na życie. Popołudnia wychowankowie spędzają bądź to w uczelniach, gdzie odrabiają lekcje, bądź to w warsztatach, w których majsterkują sobie, a już opiekun i nauczyciel ze sposobu i z zainteresowania z jakim się dziecko oddaje czy to heblowaniu drzewa, czy cerowaniu lub szyciu płaszcza i ubranka, czy z naprawy buta, czy oprawy książki — osądzi, jaki zawód będzie dla danego wychowanka najodpowiedniejszy. Po ukończeniu nauki przysposobienia zawodowego, chłopiec czy dziewczynka zostają umieszczeni u mistrzów rzemieślniczych w celu dokończenia nauki zawodu już w życiowych warunkach. Ukończywszy naukę u mistrza, głuchoniemy jako pełnowartościowy członek społeczeństwa musi sam starać się o pracę. Zakład utrzymuje z nim jednak kontakt i przychodzi mu tam gdzie może z pomocą.

Całe życie w Zakładzie jest tak zorganizowane i w tym kierunku skierowane, aby wychowankowie mieli w nim dom, a nie schronisko czy przytułek — ten cel dyrekcja Zakładu wzięła sobie jako główne wskazanie wychowawcze. Punktem wyjścia jest indywidualne traktowanie każdego dziecka a nie grupy, przy czym wychowanie zorganizowane jest na wzór rodziny. Główną osią w życiu internatowym i szkolnym jest zaufanie, którym dzieci obdarzają swych wychowawców. Duży teren jakim zakład dysponuje (10 hektarów) oraz system pawilonowy daje dzieciom dużo swobody, dzieci mają dużo ruchu, przestrzeni i nie czują się nieswojo, owszem twierdzą, że im w zakładzie dobrze. Latem przy ładnej pogodzie w godzinach na to przeznaczonych dzieci bawią się na stadionie, gdzie mają huśtawki, zjeżdżalnie, karuzele. Zimą zaś uprawiają sporty na stawie zakładowym — ślizgawkę, hokej.

Cały ten system wymaga dużo kosztów, ale jeżeli chodzi o dziecko upośledzone, to kwestia finansowa nie powinna przecież odgrywać decydującej roli, gdyż dając mu choćby najlepsze warunki i tak nie damy mu tego, co mu zabrała natura.

Praca pielęgniarki zakładowej jest nadzwyczaj ciekawa i przyjemna choć nie zawsze lekką. Moje pierwsze kroki na terenie Zakładu były ciężkie. Dzieci „migające“ początkowo robiły na mnie wrażenie przygnębiające; na dodatek, skutkiem pomyłki, zostało skierowanych do Zakładu pięcioro

dzieci, z głuchoniemotą nie mających nic wspólnego — umysłowo upośledzonych, które umieszczono w szpitalu, gdyż w internacie nie mogły zostać z powodu trudności, jakie sprawiały personelowi wychowawczemu. Dzieci te od rana do nocy tłukły się, biły w stół, rzucały krzesłami, do tego stopnia, że po dwóch tygodniach, gdy odesłano je do domu, musiano salę, w której przebywały, kompletnie odrestaurować. Nigdy przedtem nie stykałam się ani z dziećmi upośledzonymi umysłowo, ani z głuchoniemymi. Wrażenie jakie odniosłam, było jednym słowem straszne. Były chwile, że chciałam wyjeżdżać, ten stan trwał dwa tygodnie. Ponieważ jednak nie zniechęcam się nigdy z miejsca niepowodzeniami, więc zostałam. Zaczęłam się przyzwyczajać do dzieci, do pracy, którą musiałam sobie dopiero zorganizować, gdyż w Zakładzie nie było przedtem ani higienistki, ani żadnych specjalnych instrukcji dla higienistek.



Nauka gotowania

Dzieci głuchonieme, to bardzo wdzięczny materiał. Powoli nauczyłam się porozumiewać z nimi, do czego mi w znacznym stopniu pomógł personel opiekuńczy i same dzieci, które widząc moją niezaradność, nie wyśmiewały mnie, ale wybierały spośród siebie i wysyłały do mnie dziecko, mówiące najwyraźniej, z którym, normalnie mówiąc, mogłam się łatwo porozumieć. Przywiązałam się do swej pracy, pokochałam ją do tego stopnia, że gdy po pewnym czasie ofiarowano mi inną placówkę, która dawałaby mi mniej pracy, wyższe pobory, a do tego pozwalałaby na pobyt w moim rodzinnym miasteczku wśród swoich, nie przyjęłam jej i pozostałam z „głuchaczami", jak my ich tu nazywamy.

Na pytanie jakie będą moje obowiązki, otrzymałam odpowiedź: „higiena Zakładu, higiena dzieci". Zgodnie z tym i zgodnie z założeniem, że higienistka ma czuwać nad zdrowiem dzieci i zapobiegać schorzeniom, postanowiłam sobie zorganizować pracę według następujących działów:

1) dziecko zdrowe: higiena jego otoczenia, odżywiania, ubioru; higiena osobista;

2) dziecko chore: opieka nad nim, pomoc lekarzowi;

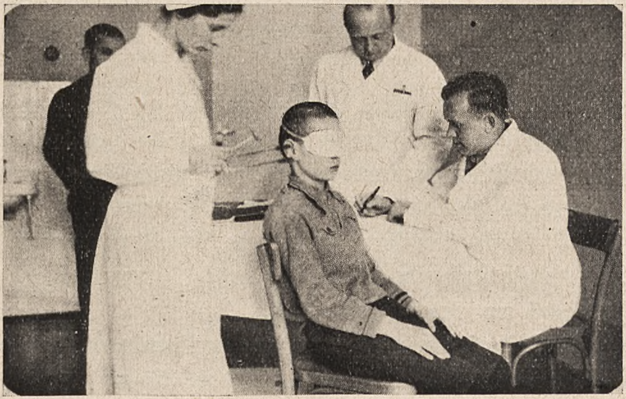
3) higiena Zakładu: służba, porządek w Zakładzie.

Ażeby poznać teren, zapoznałam się wpierw z rozkładem Zakładu, z rozkładem zajęć dzieci, rozkładem pracy służby. Zaglądałam do internatów, kuchni, pralni, a przede wszystkim zorganizowałam pracę w infirmerii zakładowej. Uporządkowałam apteczkę, zademonstrowałam służącej czyszczenie narzędzi po opatrunkach, składanie gazy, waty, bandaży. Powoli pracę moją ułożyłam sobie w ten sposób: o godzinie 7.30 mierzenie dzieciom chorym temperatury, rozdawanie lekarstw, załatwianie dzieci, które przed 8 przychodzą z jakiemiś dolegliwościami. Potem kontrola jakości produktów spożywczych w kuchni, a więc mięsa, masła, mleka i t. p. Przy tej okazji sprawdzanie porządku w kuchni, spiżarniach i umywalniach. Potem kontrola sprzątania w internacie. O 9.30 drugie śniadanie w szkole, na którym przeważnie bywam obecna, dopilnowanie należytego wietrzenia klas podczas przerwy. Po drugim śniadaniu — praca w szpitaliku: doglądanie dzieci chorych, a potem wpisywanie temperatur na karty zdrowia, przeglądanie jadłospisu. Różne prace bieżące, a więc: w pierwszym tygodniu miesiąca przygotowanie do pomiarów, we wtorek układanie jadłospisu na przyszły tydzień i t. d. O godzinie 12 mój obiad, potem w kuchni kontrolowanie posiłków dzieci. O godzinie 13 obiad dzieci, w zimie rozdawanie tranu, lekarstw. Następnie opatrunki, zabiegi drobne, których nie brak nigdy, a zwłaszcza latem: skaleczenia, rozbicie kolana i t. p.; zimą — naświetlanie lampą kwarcową. W poniedziałki, środy, piątki o godzinie 13.30 wizyta lekarska, badanie dzieci chorych, wątłych, anemicznych, zastrzyki, zlecone zabiegi. O godz. 11.30 wysyłka dzieci do lekarza dentysty (stan zdrowotny zębów wychowanków — opłakany: we wrześniu 1935 r. na 130 wychowanków troje miało zęby zdrowe). Potem pomiary antropometryczne — o ile to pierwszy tydzień miesiąca. Praca biurowa w szpitaliku. O godz. 14 sprawdzanie porządków w internatach, szkole, kuchni, odwiedzanie dzieci w internatach, oraz przegląd paczek żywnościowych przysyłanych dzieciom z domu. O godz. 17 praca niby się kończyła. Nie można jednak liczyć się ściśle z godzinami, gdyż w Zakładzie zamkniętym istnieje specyficzny rodzaj pracy: internat to jest przecież dom wychowanków, a w życiu domowym nie można się ściśle stosować do wyznaczonych godzin. Od czasu do czasu trzeba zobaczyć jak się dzieci myją rano o 6.30 i wieczorem o 9; trzeba zobaczyć czy dziecko myje dobrze ząbki i t. d.

Wychowankowie Zakładu kąpią się 2 razy w tygodniu, a latem codzień całe ciało zmywają pod natryskami. Poza tym myją się 2 razy dziennie do połowy; bieliznę osobistą zmieniają raz na tydzień, pościelową — co trzy

tygodnie. Higienistka kontroluje często czystość paznokci, chusteczek do nosa i t. p. Z utrzymaniem czystości głów dzieci nie ma obecnie kłopotu, gdyż każdemu dziecku po przyjeździe z domu z wakacji, dokładnie przegląda się głowę w kierunku wszawicy. Do niedawna zdarzało się, że dzieci przyjeżdżały do Zakładu z brudnymi głowami; rozesłano do rodziców okólnik z prośbą, aby nie przysyłali do Zakładu dzieci z zawszawionymi głowami; rodzice zastosowali się do tego.

Są wprawdzie opiekunowie, ale higienistka powinna się w pierwszym rzędzie interesować higieną osobistą dziecka. Co jakiś czas trzeba zobaczyć jak dzieci śpią, i czy czasem, zamiast żeby spać, nie prowadzą sobie pogadanek — i oto jak duchy nocne przechodzimy z wychowawcą i wychowawczynią ubrani w białe płaszcze przez sypialnie: patrzymy czy dziecko nie leży odkryte, czy w sypialni nie jest za gorąco, czy nie za duszno, czy sen



Badanie słuchu

dzieci jest spokojny. W szpitaliku w razie potrzeby też trzeba nocą zajrzeć do chorego dziecka, ewentualnie zrobić zabieg potrzebny.

Od czasu do czasu urządzam z dziećmi pogadanki na tematy aktualne związane ze zdrowiem i higieną osobistą: np. na temat chorób zakaźnych i zapobiegania w związku z epidemią odry w Zakładzie, higieny osobistej dziecka, czystości i skutków jej zaniedbania, z harcerzami — pogadanki i demonstracje na temat samarytaństwa.

Dla przykładu podam skrót takiej pogadanki. Temat: zakaźne choroby i zapobieganie im. Pogadanka odbywa się dla ośmiu starszych dziewcząt w jednej z sal szpitalika zakładowego. „N. N. jest teraz chory. Leży w szpitaliku, ma wysoką gorączkę — 40° C. Normalna temperatura wynosi 36—37° C. (demonstracja termometru). N. N. ma wysypkę, która trwa około 3 dni. Najpierw są to plamy czerwone, potem brązowe. Choroba nazywa się odra, jest zaraźliwa — to znaczy, że drugie dziecko może też

dostać odry, jeżeli chore mieszka razem ze zdrowym. Dlatego N. N. leży w szpitaliku, a nie w sypialni. Nie wolno do niego chodzić. Są jeszcze inne choroby zaraźliwe np. szkarlatyna, która także powoduje wysypkę. Przy dyfterii człowiek się dusi. (Nie mogę mówić, że kaszle, gdyż głuchoniemi nie słyszą kaszlu). Przy tyfusie boli brzuch, jest wysoka gorączka. (Przy tej okazji 14-letnia dziewczynka mówi, że jej siostra była chora na tyfus i leżała długo w szpitalu. Nie wolno było do niej chodzić do szpitala na salę, patrzała na nią tylko przez okno). Choroby zaraźliwe są wywołane przez bardzo maleńkie robaczki, które nazywają się bakteriami. Można je widzieć tylko przez mikroskop (demonstracja). Na choroby zaraźliwe umiera bardzo dużo dzieci, dlatego trzeba bardzo uważać. Chory musi być w szpitalu. Nie wolno z nim razem spać, jeść tą samą łyżką co on, myć się w tej samej misce i t. p.“

Dziwnym może się wydawać język i sposób rozmowy z głuchoniemym. Mówiąc z nim, trzeba się wyrażać jak najprzystępniej określeniami jasnymi i zdaniami najprostszymi.

I tak oto płynie w Zakładzie praca z dnia na dzień. Nadchodzą wakacje, dzieci się rozjeżdżają, w Zakładzie jest cicho i spokojnie, wieczorem okna nie jarzą się światłem, gdzieniegdzie tylko jedno lub dwa oświetlone — to mieszkania prywatne pracowników Zakładu. Początkowo cisza ta wydaje się niesamowita — muszę bowiem dodać, że wychowankowie potrafią być bardzo głośni. Po wyjeździe dzieci na wakacje, przychodzi kolej na urlop higienistki — wyjazd na cztery tygodnie.

Pracę i jej rozkład ujęłam z czasem w regulamin dla higienistki w Śląskim Zakładzie dla Głuchoniemych w Lublińcu, który poniżej podaję.

---

## REGULAMIN

### dla higienistki w Śląskim Zakładzie dla Głuchoniemych w Lublińcu

§ 1.

Higienistka Śląskiego Zakladu dla Gluchoniemych w Lublińcu pelni służbę pomocniczą w organizacji higieniczno-lekarskiej nad wychowankami tegoż Zakładu.

§ 2.

Higienistka wykonuje polecenia Dyrekcji i lekarza Zakladu w sprawach zdrowia i higieny wychowanków oraz higieny Zakładu.

a) Higienistka jest odpowiedzialna za ścisle wykonanie zleceń lekarskich dotyczących zdrowia wychowanków i higieny Zakładu.

b) Pomaga lekarzowi w czasie wizyt lekarskich, pomaga przy badaniu, zabiegach, szczepieniu.

c) Wszystkie uwagi i spostrzeżenia, dotyczące higieny ogólnej Zakładu, stanu zdrowia wychowanków, odżywiania, higieny zgłasza lekarzowi Zakładu w czasie godzin ordynacji.

d) W razie wybuchu choroby zakaźnej w Zakładzie stosuje się do zleceń lekarza powiatowego.

§ 3.

Higienistka stara się o pozyskanie zaufania dzieci przez poważne lecz serdeczne obchodzenie się z nimi.

§ 4.

Higienistka jest członkiem Rady Pedagogicznej Zakładu i bierze udział w jej posiedzeniach.

§ 5.

Higienistka czuwa nad stanem zdrowia dzieci w Zakładzie. Opieka ta obejmuje infirmerię, internaty, szkołę. W tym celu higienistka obowiązana jest widzieć każde dziecko przynajmniej 2 razy dziennie, rano w szkole, po południu w internacie; prócz tego co jakiś czas wizytuje sypialnie dzieci w nocy.

a) W czasie wizyt tak w internacie jak w szkole higienistka zwraca uwagę na wygląd, na ogólne samopoczucie i na ogólne zachowanie się dzieci. Wszystkich skarg dzieci na jakiekolwiek dolegliwości powinna wysłuchać i odpowiednio w każdym wypadku zareagować. W razie stwierdzenia u dziecka objawów, znamionujących chorobę, informuje o powyższym kierownika (kierowniczkę) internatu, udziela odpowiednich wskazówek, a jeśli zachodzi potrzeba, dziecko umieszcza w infirmerii, jako chore. W czasie godzin ordynacji przedstawia je lekarzowi.

b) Higienistka czuwa nad czystością dzieci, przeprowadzając przynajmniej raz na tydzień przeglądy (paznokcie, głowy, bieliznę dzieci),

b) baczy, aby ubiór byl higieniczny i stosowny do pory roku,

d) od czasu do czasu urządza z dziećmi pogadanki na aktualne tematy (higiena osobista, zapobieganie chorobom zakaźnym i t. p.).

e) Higienistka zwraca uwagę, czy dziecko ma odpowiednie do swego wzrostu krzesło i pulpit w klasie i w internacie,

f) przestrzega przepisanej temperatury w salach szkolnych i ubikacjach, w których przebywają dzieci.

g) Co miesiąc w określonym terminie higienistka robi pomiary antropometryczne. W razie stwierdzenia większego ubytku wagi, stara się dojść, jaka jest tego przyczyna (choroba, brak apetytu i t. p.),

h) na początku roku szkolnego przeprowadza ogólne badanie wzroku u wszystkich dzieci. W razie stwierdzenia odchylenia od normy, zgłasza o tym lekarzowi Zakładu, który przekazuje dziecko do lekarza specjalisty,

i) przeznacza oraz wysyła dzieci do lekarza dentysty,

j) odprowadza dzieci na polecenie lekarza Zakładu do lekarzy specjalistów i lekarzy urzędowych.

k) Po każdorazowym powrocie dzieci z wakacyj, higienistka wspólnie z lekarzem robi ogólny przegląd dzieci, zwracając uwagę, czy dziecko nie ma początków choroby zakaźnej lub skórnej. Zwraca uwagę na stan zdrowia oczu dzieci. Sprawdza czystość głów (wszawica). Dziecko podejrzane o chorobę zostaje skierowane do infirmerii. Wszystkie dzieci zostają po powrocie z wakacyj do Zakładu wykąpane, a ubranie oraz bielizna, w której przebywały w czasie wakacyj w domu, podlega dezynfekcji. Higienistka przegląda również zawartość paczek oraz walizek przywiezionych z domu.

§ 6.

Higienistka ma obowiązek czuwać nad jakościowym i ilościowym sposobem odżywiania dzieci.

a) układa jadłospis, oblicza, czy dziecko otrzymuje odpowiednią ilość poszcze-

gólnych składników odżywczych, oraz czy zapotrzebowanie kaloryczne dziecka jest zaspokojone,

b) codziennie sprawdza jakość produktów oraz kontroluje smak gotowych potraw, jest obecna w miarę możności przy posiłkach dzieci,

c) zwraca uwagę na apetyt dzieci; w razie stwierdzenia miernego apetytu, stara się dojść, jaka jest tego przyczyna.

d) Higienistka sprawdza w obecności dziecka oraz opiekunki internatu jakość artykułów spożywanych, przysłanych dzieciom przez rodzinę; cała zawartość paczki zostaje wciągnięta do specjalnej książki „kontrola paczek żywnościowych".

e) Od czasu do czasu higienistka kontroluje zawartość walizek dzieci.

§ 7.

Higienistka obowiązana jest w razie zachorowania dziecka udać się w każdej porze na miejsce wypadku oraz udzielić pierwszej pomocy, a następnie wezwać lekarza.

§ 8.

Specjalnie czułą i troskliwą opieką higienistka powinna otaczać dziecko, pozostające w infirmerii.

a) Do higienistki należy ścisły nadzór nad chorymi w infirmerii; rozdawanie lekarstw, mierzenie temperatury, robienie mniejszych opatrunków, naświetlania.

b) W razie oddalenia się higienistki z infirmerii, dozór nad chorymi sprawuje służąca, o czym każdorazowo higienistka ją powiadamia.

c) Higienistka prowadzi ewidencję chorych w szpitalu, karty choroby, ewidencję lekarsko-dentystyczną, spis materiałów, książkę zabiegów, książkę bieliźnianą, kontrolę paczek żywnościowych i t. p.

d) Instrumentarium lekarskie i apteczka szpitalika pozostają pod osobistym nadzorem higienistki (klucz od apteczki ma higienistka).

e) Za bieliznę szpitalika jest odpowiedzialna higienistka.

§ 9.

Każdy nowo przyjęty do Zakładu wychowanek pozostaje przez 3 dni w infirmerii pod ścisłą obserwacją higienistki.

Po załatwieniu formalności kancelaryjnych, dziecko zostaje skierowane do infirmerii, gdzie jest poddane dokładnym oględzinom przez higienistkę, w kierunku początków choroby zakaźnej lub skórnej, wszawicy. Po wykąpaniu, dziecko zostaje ubrane w bieliznę zakładową, która winna być oznaczona jego nazwiskiem, a następnie umieszczone w izbie chorych. Po 3 dniach, o ile nie wykazuje żadnych objawów chorobowych, zostaje umieszczone w internacie. Bielizna oraz ubranie, w którym dziecko przybyło do Zakładu, zostaje oddane rodzinie.

§ 10.

Higienistka czuwa nad higieną Zakładu i jest za to odpowiedzialna przed Dyrekcją Zakładu.

a) Sprawdza codziennie czystość i porządek w kuchni, magazynach, chłodni, umywalni obok kuchni, czystość ścierek, ręczników, naczyń kuchennych. Sprawdza porządek w pralni oraz czystość wypranej bielizny. Zwraca uwagę na czystość ręczników w szkole i w internatach, kontroluje stan klozetów, kurków wodociągowych, czystość spluwaczek. Codziennie sprawdza porządek we wszystkich ubikacjach Zakładu.

b) Celem usprawnienia pracy nad utrzymaniem porządku i czystości w Zakładzie, urządza higienistka raz na miesiąc pogadanki ze służbą na tematy wyłaniające się z pracy.

c) Higienistka dzieli i kieruje pracą nad porządkiem Zakładu, aby tak zwane „doroczne porządki" były zbyteczne.

e) Higienistka jest odpowiedzialna za rzeczową gospodarkę materiałów, przeznaczonych do utrzymania porządku (kontrola książki materiałów, prowadzonej przez służącą).

d) Podział pracy służby i każdorazową zmianę tego podziału higienistka przedkłada Dyrektorowi i Zarządcy Zakładu.

§ 11.

Higienistka mieszka w infirmerii. Wychodząc z Zakładu, zostawia adres, pod który się udaje, by mogła być wezwana w nagłym wypadku zachorowania dziecka.

§ 12.

W razie zachorowania higienistki na przewlekłą chorobę zakaźną, niebezpieczną dla otoczenia, lub stwierdzonego nosicielstwa czasowego lub trwałego, nie może ona pełnić obowiązków na terenie Zakładu na czas trwania choroby lub nosicielstwa.

*Maria Przewalanka-Głogowska*
Abs. Uniw. Szkoły Pielęgniarek w Krakowie.

---

# Nowoczesne pielęgniarstwo szpitalne

Referat wygłoszony podczas otwarcia XII Walnego Zjazdu PSPZ w Wilnie w dniu 9. X. 1937

W dawnych czasach pielęgniarstwo było pojmowane jako praca społeczno-ideowa, jako akt miłosierdzia wobec cierpiących, głównym czynnikiem zatem był w niej moment poświęcenia, umiejętność natomiast była rzeczą drugorzędną i raczej przypadkową. W miarę rozwoju i postępu medycyny oraz powstawania coraz większej liczby zakładów leczniczych, pielęgniarstwo stawać się zaczęło zawodem, wymagającym odpowiedniego przygotowania. Jednakże „zawodowość" pielęgniarstwa nie może wykluczać zeń czynnika ideowego, wręcz przeciwnie. Zawód pielęgniarski ma przed sobą tak poważne zadania i cele, że nie wystarczy w nim choćby najlepsze przygotowanie techniczne, nie wystarczy sumienność i dokładność — warunkiem koniecznym dobrego wypełniania obowiązków pielęgniarki jest duży zasób ideowości i istotnego umiłowania zawodu.

W naszych czasach rozwój pielęgniarstwa robi bardzo szybkie postępy, powstają coraz to nowe jego działy, wymagające już pewnej specjalizacji. Zasadniczo pracę pielęgniarską dzielimy na t. zw. potocznie „pracę społeczną", a więc w ośrodkach zdrowia, poradniach, w higienie szkolnej i t. p. i pracę szpitalną. Ten ostatni dział interesować nas będzie w tej chwili.

Pojęcie nowoczesnego pielęgniarstwa szpitalnego daje się sprowadzić do pojęcia nowoczesnej pielęgniarki, jej roli w szpitalu, zadań, które ma przed sobą i wypełnianych obowiązków. Zarówno rola pielęgniarki, jak jej zadania i obowiązki będą różne zależnie od zajmowanego stanowiska.

Aby uprzytomnić sobie w ogólnych zarysach rolę pielęgniarki w szpitalu, należy, rzuciwszy okiem wstecz, zdać sobie sprawę z ewolucji, jaką odbyło pojęcie „pielęgniarka“. Ze zwykłej pomocnicy lekarza, wyposażonej jedynie w dobre chęci, a z powodu braku odpowiednich szkół szkolonej od wypadku do wypadku przez poszczególnych lekarzy, przeobraża się ona w przygotowaną fachowo współpracowniczkę lekarza, zdającą sobie sprawę z ciążącej na niej odpowiedzialności.

Uległy też zmianie stawiane jej wymagania. W czasach dawniejszych, a jakże przecież niedawnych, prawie że nie istniała różnica między pielęgniarką a obecną posługaczką szpitalną. Noszenie fartucha i czepka, mechaniczne wykonywanie poleceń — to do niedawna prawie że jedyne wymagania stawiane pielęgniarce. Na większe wymagania nie pozwalał zresztą brak jej przygotowania fachowego i ogólnego wykształcenia — nierzadkie bowiem bywały wypadki, że pielęgniarka, rozdając chorym lekarstwa, kierowała się kształtem i wielkością butelek, nie umiejąc odczytać łacińskich napisów. W tych warunkach trudno było oczywiście żądać, aby pielęgniarka zdawała sobie sprawę z działania leków, umiała obserwować chorego i wyciągać odpowiednie wnioski ze swych spostrzeżeń. Cała troska o chorego spoczywała wówczas na barkach lekarza, który nie tylko leczył chorych, ale musiał jednocześnie pamiętać o wszelkich, nawet drobnych, szczegółach pracy szpitalnej. Lekarz nie tylko kierował zabiegami leczniczymi, ale niejednokrotnie musiał je wykonywać osobiście, nie mogąc powierzyć ich nieumiejętnej pielęgniarce.

Powoli stan ten ulegał zmianie, zaczęto sobie zdawać sprawę z konieczności zapewnienia choremu stałej opieki, dobierano element pielęgniarski bardziej wartościowy, pielęgniarki zaczęto kształcić, i dziś doszliśmy do momentu, gdy pielęgniarka stała się rzeczywistą współpracownicą lekarza, przygotowaną do swojej roli.

Stan ten udało się osiągnąć dzięki powstaniu zawodowych szkół pielęgniarstwa. Pierwsze szkoły zostały założone w Polsce w r. 1921; obecnie polskie szkoły pielęgniarstwa w liczbie 5 świeckich i 2 zakonnych są uważane za jedne z najlepszych w Europie. Tak dobre wyniki zdołały szkoły osiągnąć dzięki przyjętym zasadom: cenzusu wykształcenia w zakresie gimnazjum ogólno-kształcącego, cenzusu wieku lat 18, obowiązkowemu internatowi, 2½-letniemu czasowi nauki i położeniu specjalnego nacisku na wszechstronne szkolenie praktyczne. Cenzus ogólnego wykształcenia, dawniej zupełnie nie brany pod uwagę, gra rolę przecież zasadniczą w szkoleniu pielęgniarek. Nie do pomyślenia bowiem jest przygotowanie pielęgniarki do obecnie stawianych jej wymagań bez dania jej podstawowych wiadomości z chemii, bakteriologii, anatomii, fizjologii. Pielęgniarka musi poza tym posiadać dobrą znajomość objawów poszczególnych chorób, umieć inteligentnie obserwować chorego i wyciągać ze swych spostrzeżeń odpowiednie wnioski.

Najważniejszym momentem w szkoleniu pielęgniarek jest praktyka. Winna ona obejmować wszystkie działy pracy szpitalnej i pracy społecznej tak, aby wyszkolona pielęgniarka mogła z pożytkiem pracować na każdej placówce. Liczba szkół pielęgniarstwa w Polsce prawie nie powiększyła się niestety od lat 10 — to też nic dziwnego, że nie mogą one pokryć zapotrzebowania coraz to powstających placówek.

Aby uprzytomnić sobie zakres pracy szpitalnej pielęgniarki w nowoczesnym pojęciu, należy nakreślić zasadnicze obowiązki, które pielęgniarka ma do wypełnienia. W ogólnych zarysach będzie to:

I. zapewnienie choremu w szpitalu niezbędnych warunków życiowych,
II. obserwacja chorego i sporządzanie sprawozdań,
III. fachowa pomoc lekarzowi,
IV. dział administracyjny.

Rozpatrzmy kolejno te zagadnienia.

I. Z a p e w n i e n i e  c h o r e m u  w  s z p i t a l u  n i e z b ę d n y c h  w a r u n k ó w  ż y c i o w y c h jest jednym z podstawowych zadań pielęgniarki i należyte rozwiązanie tej sprawy leży przede wszystkim w jej ręku. Szpital może być znakomicie wyposażony w najnowsze urządzenia, posiadać doskonałych lekarzy, a jednocześnie chorzy, nie mając należytej opieki, będą w nim wolno przychodzić do zdrowia, będą czuli się źle — jeśli pielęgniarka nie będzie umiała wyzyskać wszelkich możliwości zapewnienia im wygód, nie będzie dbała o ich czystość i pożywienie i nie wytworzy atmosfery zaufania do Zakładu.

Pielęgnacja bowiem nie polega jedynie na wykonaniu zleconych zabiegów, wypełnieniu poleceń lekarza, zmierzeniu temperatury, podaniu lekarstwa, lecz obejmuje poza tym cały szereg czynności drobnych, a jakże ważnych w codziennym życiu szpitala i niezbędnych dla chorych. Na pierwszy rzut oka dziwnym się wydaje, dlaczego właśnie pielęgniarkę, a nie kogo innego obarczamy dzisiaj odpowiedzialnością za porządek i czystość na sali, za palenie w piecach, za rozdawanie pożywienia — jednym słowem polecamy jej wykonywanie całego szeregu czynności pozornie mało mających wspólnego z istotą pielęgniarstwa. Zdawać by się mogło, że rzeczywiście pielęgniarka obraca bezcelowo swój czas na wykonywanie czynności, które można by powierzyć służbie pomocniczej. Przy bliższym zetknięciu się z życiem szpitalnym mniemanie takie okaże się jednak zupełnie mylne, gdyż tylko pielęgniarka zdająca sobie sprawę z istotnych potrzeb chorego potrafi te czynności wykonać w taki sposób, aby mu zapewnić spokój i wygodę.

Ileż udręki przyczynić może choremu niedbałe posłanie łóżka, nieumiejętne ułożenie! Chory na zapalenie płuc ułożony wprawdzie wysoko na kilku poduszkach, ale bez wałka pod kolanami, będzie się ustawicznie zsuwał; wałek umiejętnie umocowany oszczędzi choremu trudu związanego z usta-

wicznym poprawianiem. Ciężko chory, któremu postawią przy łóżku miednicę z wodą do mycia, umyje tylko twarz i ręce i to z wysiłkiem, rozmyślając jaką przyjemnością byłoby porządne umycie całego ciała. Pielęgniarka wie, jak przesłać łóżko choremu, aby go nie zmęczyć, jak go wygodnie ułożyć, potrafi umyć najciężej chorego w taki sposób, by mu oszczędzić wysiłku i nie pogorszyć stanu zdrowia. Dlatego te wszystkie czynności należą do obowiązków pielęgniarki, która winna je wykonywać sama, a nie powierzać ich służbie. Do czynności, wymagających bacznej kontroli ze strony pielęgniarki, należy rozdawanie chorym posiłków. Nie dość, że lekarz zapisał dietę, a kuchnia przyrządziła i wydała potrawy — pielęgniarka winna skontrolować, czy chory otrzymał właściwy posiłek zarówno co do jakości jak i ilości, aby pożywienie było podane o odpowiedniej porze, w estetyczny sposób i miało właściwą temperaturę. Ciężko chorych pielęgniarka winna oczywiście karmić sama. Obecnie te wszystkie czynności są tak ściśle związane z pielęgniarstwem, że rzadko kto zadaje sobie trud zastanowienia się, ile czasu i wysiłku musi w nie wkładać pielęgniarka.

Ale nie koniec na tym. W pielęgniarstwie szpitalnym istnieją także obowiązki społeczno-wychowawcze. Pielęgniarka nie tylko pielęgnuje chorego w ścisłym tego słowa znaczeniu, winna ona otoczyć opieką również psychikę chorego oraz wyzyskać czas jego pobytu w szpitalu dla wdrożenia mu przyzwyczajeń higienicznych. Opieka pielęgniarki nie kończy się nawet z chwilą wyjścia chorego ze szpitala: pacjenta, który opuszcza szpital, pielęgniarka powinna pouczyć, w jaki sposób ma się zachowywać, jaką stosować dietę i t. p.

Rzecz prosta, że w ten sposób pojęte obowiązki pielęgniarki wymagają wiele czasu. Naukowe badania drogą żmudnych i ścisłych obliczeń wykazały jakiego czasu wymaga pielęgnowanie jednego chorego, co zależy w znacznej mierze od wymagań społeczeństwa, jego przyzwyczajeń, obyczajów i t. p.

Stąd wynika, że nowoczesne pielęgniarstwo wymaga powiększenia etatów pielęgniarskich na salach chorych. Niektórzy wyciągają z tego mylne wnioski, jakoby pielęgniarki, kończące szkoły w ostatnich czasach, pracowały mniej wydatnie, jednak jest to twierdzenie błędne. Pielęgnowanie chorych, polegając obecnie na wykonywaniu tylu czynności, wymaga znacznie więcej czasu. Nie wiele osób zdaje sobie sprawę, ile czasu poświęca pielęgniarka na czyste wymycie, wygodne ułożenie, porządne przesłanie łóżka chorego, szybkie i wprawne wykonanie zabiegów, zręczne podanie posiłków. Niech jednak choćby drobna czynność z tego łańcucha zostanie pominięta, wówczas każdy zauważy braki w pielęgnacji.

Pielęgniarka nie powinna wykonywać swych obowiązków niedbale, byle zdążyć na daną godzinę, zaś wykonując je dobrze i dokładnie, zużywa więcej czasu. Z tego wszystkiego niektórzy wysnuwają mylny wniosek, jakoby obecna wykwalifikowana pielęgniarka pracowała gorzej i wolniej

niż jej poprzedniczki. Tymczasem pracuje ona i więcej i ciężej, tylko czasem trudno sobie zdać sprawę z istoty jej pracy, polegającej na zapewnieniu choremu prawdziwie dobrych warunków pobytu w szpitalu.

II. Zagadnieniem, które wysunęły ostatnie czasy, jest obserwacja chorego przez pielęgniarkę i sporządzanie przez nią sprawozdań. Pielęgniarka, mając stały kontakt z chorym, ma możność zaobserwowania całego szeregu objawów, występujących podczas nieobecności lekarza. Inteligentne zebranie tych wiadomości i sporządzenie z nich sprawozdań jest cennym uzupełnieniem pracy lekarza. Tu właśnie najwyraźniej zaznacza się moment współpracy pielęgniarki z lekarzem, aby jednak współpraca ta była istotną, pielęgniarka musi posiadać odpowiednie przygotowanie fachowe, umiejętność odróżniania objawów ważnych, szybkość orientacji. Obserwacje swoje komunikuje pielęgniarka lekarzowi ustnie podczas wizyty. Poza tym przed wykończeniem pracy dziennej czy nocnej każda pielęgniarka winna sporządzić dokładne sprawozdanie pisemne o stanie chorych, powierzonych jej opiece. Sprawozdania ze wszystkich sal przedłożone lekarzowi przed wizytą, dają mu obraz przebiegu choroby w ciągu całej doby.

Sprawozdania służą nie tylko lekarzowi, są one wielkim ułatwieniem w pracy wszystkich pielęgniarek tak salowych, jak oddziałowych i przełożonej. Pielęgniarkom salowym zapewniają ciągłość pracy bez straty czasu na zapoznawanie się z przebiegiem choroby u poszczególnych pacjentów. Pielęgniarce oddziałowej wskazują ciężko chorych, wymagających jej specjalnej uwagi i opieki, przełożonej wreszcie ułatwiają kontrolę pracy pielęgniarskiej. Korzyści z prowadzenia sprawozdań odnoszą także i chorzy, zabezpieczeni przez nie od niedociągnięć, mogących powstać przy zmianie pielęgniarek na salach.

Wydawałoby się, że system sprawozdań, dający tak realne korzyści, będzie przyjęty z entuzjazmem, niestety w wielu wypadkach jest on jeszcze niedoceniany, czasem uważany wręcz za stratę czasu. Kto jednak zastanowi się, jak wiele korzyści mogą dać w życiu szpitalnym dobrze prowadzone stałe sprawozdania, oceni, jak bardzo opłaca się ta pozorna strata czasu, nie tak wielka zresztą, gdyż w sprawozdaniach notuje się jedynie rzeczy naprawdę godne uwagi.

III. Dział trzeci, niemniej ważny, to sama fachowa pomoc lekarzowi. W głównych zarysach polega ona na przygotowaniu chorych i sal do wizyty lekarskiej, pomocy przy badaniu i zabiegach, zapisaniu zleceń, wreszcie — wykonaniu zabiegów zleconych.

I znów — przygotowanie do wizyty wydać się może drobiazgiem, nie wymagającym ani umiejętności, ani czasu, a jednak sale muszą być uprzednio sprzątnięte, chorzy umyci, łóżka posłane, chorzy chodzący na swoich miejscach, uporządkowane karty temperatur, zebrane wyniki dodatkowych ba-

dań. To wszystko, przygotowane dobrze, oszczędza czasu lekarza, zapewniając jednocześnie spokój konieczny przy badaniu, chorych zaś napełnia zaufaniem. Jakże inaczej wygląda wizyta, gdy po wejściu lekarza na salę kończy się na gwałt sprzątanie, gdy posyła się po chorych, którzy już zdążyli się porozchodzić — gdy pielęgniarka biega osobno po każdy wynik dodatkowych badań! Lekarz jest zdenerwowany, pielęgniarka nigdy nie pewna, czy zdołała zanotować wszystkie zlecenia, a chorzy przestają wierzyć w skuteczność leczenia w zakładzie, gdzie panuje nieporządek.

Po wizycie przystępuje pielęgniarka do wykonywania zleceń lekarza, zanotowanych podczas wizyty. W tym wypadku największą rolę odgrywa już oczywiście umiejętność czysto techniczna, jakkolwiek potrzebna jest i ogólna inteligencja, aby nie wykonywać zabiegów mechanicznie, umieć rozłożyć czas i kolejność pracy tak, by ważne zabiegi wykonać w porę.

IV. Oprócz obowiązków ściśle pielęgniarskich istnieją także w pracy szpitalnej o b o w i ą z k i a d m i n i s t r a c y j n e. Dotyczą one wszystkch pielęgniarek, jednakże w różnym stopniu, zależnie od stanowiska, jakie pielęgniarka zajmuje.

Stosunkowo najmniej tych obowiązków przypada na pielęgniarkę salową, która z natury rzeczy najwięcej czasu musi poświęcać samej pielęgnacji. Jej obowiązki administracyjne polegają na ponoszeniu odpowiedzialności za inwentarz, znajdujący się na salach i załatwianiu formalności, związanych z przybyciem i odejściem, czy przeniesieniem chorego. Czynności te są ważne i pielęgniarce nie wolno ich zaniedbywać. Jednakże praca na oddziale musi być w ten sposób uregulowana, aby czynności administracyjne nie zabierały pielęgniarce zbyt wiele czasu i nie były wykonywane kosztem chorych, pozostających pod jej opieką.

Przeważna część obowiązków administracyjnych oddziału spada na pielęgniarkę oddziałową, mylnym jednak jest mniemanie, niestety dość jeszcze rozpowszechnione, że pielęgniarka oddziałowa jest siłą wyłącznie administracyjną. Wprawdzie nie pielęgnuje ona chorych bezpośrednio, ale jako zwierzchniczka pielęgniarek salowych, ponosi odpowiedzialność za dobre pielęgnowanie chorych na swoim oddziale. Stąd prosty wniosek, że pielęgniarka oddziałowa nie może w zupełności oddać się administracji oddziału, równie dużo czasu powinna poświęcać kierowniczej pracy pielęgniarskiej. Nie tylko kontroluje pracę pielęgniarek salowych, ale także je poucza, winna znać wszystkich ciężko chorych na swym oddziale, czuwać nad wykonywaniem zleceń, przestrzegać zasad pielęgniarstwa w pracy pielęgniarek salowych i w miarę możności — ułatwiać im pracę przez stosowne przydzielanie sal, umiejętny rozkład dyżurów i odpowiednie zarządzanie służbą pomocniczą. W pracy tej pielęgniarka oddziałowa winna także uwzględnić stronę społeczną. Zadania jej w tej mierze dotyczą głównie ozdrowieńców, którzy wychodząc ze szpitala, potrzebują jeszcze dalszej

opieki. Rzeczą pielęgniarki oddziałowej jest udzielenie choremu wskazówek i skierowanie go do właściwej instytucji np. gruźlika do najbliższej przychodni, matki z dzieckiem do ośrodka i t. p. Z natury swego stanowiska pielęgniarka oddziałowa jest pośredniczką między pielęgniarkami salowymi a szefem oddziału oraz między pielęgniarkami a pielęgniarką naczelną.

Pozostałaby jeszcze do omówienia rola pielęgniarki naczelnej, u nas najczęściej zwanej przełożoną. Rola przełożonej w szpitalu nie jest u nas jeszcze doceniona i dość jasno określona. Już sam tytuł wskazuje, że pierwszym jej obowiązkiem winno być kierowanie pracą całego personelu pielęgniarskiego w danym zakładzie. Obowiązek to o dużym znaczeniu dla życia szpitalnego, gdyż jedynie dobre rozplanowanie zajęć pielęgniarek i umiejętność wyzyskania ich uzdolnień może zapewnić największą wydajność pracy, a chorym prawdziwie dobrą opiekę. Nie jest to jednak jedyny obowiązek przełożonej. W nowoczesnym pojęciu pielęgniarstwa zadania jej są znacznie szersze. Przełożona nie może ograniczać się jedynie do kontroli pracy pielęgniarek, bowiem ma w stosunku do nich także obowiązki wychowawcze. Winna pouczać pielęgniarki, udzielając im wskazówek, dążyć do podniesienia poziomu przez fachowe dokształcanie drogą kursów, zebrań dyskusyjnych, referatów i t. p. Jest ona jednocześnie i opiekunką podległych jej pielęgniarek — powinna zatem opiekować się ich zdrowiem, dążyć do poprawy warunków pracy przez wprowadzanie dostępnych udogodnień oraz starać się o zapewnienie im możliwie najlepszych warunków codziennego życia. Obowiązek to niemniej ważny od innych, gdyż jasnym jest, że im pielęgniarka będzie zdrowsza, im lepsze będzie miała mieszkanie i pożywienie, tym praca jej będzie wydatniejsza.

Obowiązki administracyjne przełożonej są dość trudne do ujęcia, gdyż nie polegają na wykonywaniu ściśle określonych czynności, a raczej na współdziałaniu ze wszystkimi komórkami gospodarczymi szpitala. Współpraca przełożonej z czynnikami gospodarczymi, jako oparta na doświadczeniu i obserwacji zarówno potrzeb jak i wymagań poszczególnych oddziałów, może przyczynić się w dużym stopniu do usprawnienia gospodarki szpitalnej.

Jak widzimy, obowiązki przełożonej obejmują skalę dość szeroką, aby je wypełniać dobrze — musi ona brać czynny udział w życiu szpitalnym i posiadać pewną samodzielność w zakresie swej pracy.

---

Z tego krótkiego omówienia pracy szpitalnej widzimy, że jest to praca niełatwa — a w dużej mierze utrudnia nam ją jeszcze brak regulaminów ściśle normujących obowiązki pielęgniarek i określających kompetencje pielęgniarek oddziałowych i przełożonych.

Zdajemy sobie sprawę, że pielęgniarstwo polskie nie jest doskonałe, jednakże przez stałe doskonalenie naszego zawodu staramy się dążyć do

ideału, mając na celu służbę dla kraju i zaspokajanie potrzeb społeczeństwa przez sumienną i wytrwałą pracę.

Na zakończenie jeszcze słów kilka o wartościach, jakich wymagamy od pielęgniarki. Reasumując obowiązki, jakie dzisiaj nakładamy na pielęgniarkę i zadania, które ma ona do spełnienia, widzimy, że aby im podołać, pielęgniarka musi posiadać duże przygotowanie teoretyczne i praktyczne z konieczności oparte na ogólnym średnim wykształceniu, niepośledne wartości moralne, w pierwszym rzędzie sumienność i uczciwość oraz istotne umiłowanie zawodu.

Pielęgniarka, choćby najlepiej przygotowana, traktująca swój zawód jedynie jako środek gwarantujący jej utrzymanie, nie będzie pielęgniarką w naszym pojęciu. Nie znajdzie ona zadowolenia w pracy, dla chorych zaś będzie automatem, a nie serdeczną opiekunką, noszącą w polskim języku zaszczytne miano siostry.

*Zofia Łącka*
Abs. Szkoły Piel. P. C. K. w Warszawie
Przełożona sióstr w V Szpitalu Okręgowym w Krakowie.

---

# Z zagadnień dietetycznych

## Dieta w gruźlicy

Ostatnie poglądy co do dietetycznego leczenia gruźlicy opiewają, że jakkolwiek chorzy na gruźlicę powinni być lepiej żywieni od ludzi zdrowych, nie należy stosować do nich przesadnego tuczenia jako bezcelowego a często szkodliwego.

Wiadomo, że wszystkie pokarmy z wyjątkiem większości warzyw i owoców zakwaszają ustrój. Zakwaszenie ustroju powoduje wybitne gojenie się spraw gruźliczych zwłaszcza kostnych i skórnych. Obecnie wyodrębnione są dwie diety: 1) dieta Gersona, stosowana w chorobach przewlekłych skóry, 2) dieta Sauerbrucha i Hermansdorfera w gruźlicy stawów. Obie te diety są bezsolne, zawierają mało węglowodanów, natomiast dużo białka, soli mineralnych i witamin. Na te diety składają się następujące produkty: mleko, twaróg, masło, chleb, ziemniaki, kasze, oliwa, jarzyny, śliwki suszone, borówki, soki z konfitur, śmietanka, jaja, miód, ryby, mięso, orzechy, migdały. Diety te różnią się jedynie co do ilości podawanych pokarmów.

W gruźlicy płuc ogólna przemiana materii jest wzmożona, co prowadzi do wychudzenia, poza tym występuje odwapnienie organizmu. Gdy ciepłota ciała w godzinach popołudniowych podnosi się, chorzy odczuwają upośledzony apetyt. Aby zwalczać wychudzenie, należy: 1) zwiększyć kaloryczność diety przez dodawanie śmietanki, cukru, żółtek do płynnych pokarmów, podawanie deserów takich jak kremy, galaretki z dużą ilością cukru i soku z cytryny; 2) większą część pożywienia podawać w pierwszej połowie dnia, gdy chory ma lepszy apetyt; 3) dla zwiększenia wapnia i czynników wpływających na lepszą jego asymilację należy podawać sery różnorodne, mleko, jaja, zielone sałaty, sok z marchwi, pomarańczy i cy-

tryny, tran w zimie. Co się tyczy doboru potraw, to zupy należy dobierać o smaku kwaskowym, na wywarze z jarzyn lub na rosołach oraz esencjonalne zupy przecierane. Wskazane są zupy w małych porcjach. Mięso pieczone, duszone, smażone. Ryby wszelkie w postaci galaret, oraz pieczone, duszone. Z warzyw najodpowiedniejsze są zielone. Desery podajemy w postaci surowych owoców, różnorodnych kremów owocowych, galaretek z żółtkiem i t. p.

Przy gruźlicy jelit chorzy otrzymują pożywienie płynno-papkowate, np. na pierwsze śniadanie — kleik z żółtkiem, sucharek. Na drugie śniadanie — galaretę z ryb lub mięsa z cytryną. Na trzecie śniadanie — sok z owoców z jajkiem. Omlet piankowy. Na obiad: befsztyk skrobany na surowo. Purée z ziemniaków. Szpinak. Przecierane owoce surowe lub gotowane. Na podwieczorek — galaretka owocowa. Na kolację — zupa jarzynowa przecierana z grzankami.

Dieta w gruźlicy nerek różni się nieco od innych diet stosowanych przy gruźlicy. Usunąć należy wszelkie przyprawy, sól kuchenną, ograniczyć płyny, mięso. Najbardziej wskazane są: owoce, jarzyny, mleko, śmietanka, twaróg, niesolone masło, sucharki. *Maria Morzkowska*

---

# O pielęgniarstwie i szkolnictwie pielęgniarskim

W ostatnich czasach zagadnieniami pielęgniarskimi zajmują się nie tylko czynniki rządowe, o czym stale informujemy naszych Czytelników; są one również przedmiotem roztrząsań na łamach pism lekarskich i pokrewnych. Niektóre z tych głosów podajemy dziś w streszczeniu, o innych powiemy za miesiąc.

W nr. 11 1937 „Lekarza Polskiego" (obok dr Bujalskiego, który artykul swój umieścił jednocześnie w „Pielęgniarce Polskiej" nr. 10, 1937), zabiera głos doc. dr Teofil Kucharski z Poznania w artykule p. t. „W sprawie pielęgniarstwa".

Zaznaczywszy brak pielęgniarek, autor stwierdza, że ustawa przez powierzenie dopływu nowych sił pielęgniarskich wyłącznie szkołom o typie dziś istniejącym, zahamowała ich dopływ, gdyż liczba absolwentek dostarczanych przez szkoły nie pokrywa zapotrzebowania, a „społeczeństw i państw, będących w rozbudowie nie stać na odpowiednią ilość takich szkół, jakie ustawa przewiduje, względnie jakie jej wykonawcy urządzili". Autor zatrzymuje się na szkołach analizując i krytykując poszczególne ich dotyczące paragrafy ustawy, w konkluzji stwierdza, że tylko państwo mogłoby znieść ciężar finansowy utrzymania takich szkół, jakie są przewidziane, tymczasem ustawa nic nie mówi o szkołach państwowych.

Przechodząc do oceny samego szkolenia, autor krytykuje zbyt rozległy program teoretyczny i brak przy tym podręczników, braki w szkoleniu praktycznym. Następnie zastanawia się nad cechami psychicznymi absolwentek, u których obserwuje wzmożone samopoczucie (to, co nazywają różni lekarze „muchy w nosie", „amerykańskie fochy", „wielkopańskie maniery"), powodujące ich drażliwość, a dalej zniechęcenie do zawodu Ta spotęgowana ambicja jest przeszkodą w pracy — ciężkiej, bo pielęgniarka, stanowiąc ogniwo między lekarzem a chorym, z konieczności narażona jest na różne urazy. „Absolwentki szkoły są szczególnie dobrymi pielęgniarkami, nieraz nieocenionymi, przy dzieciach i ciężko chorych dorosłych, a więc tam, gdzie z natury rzeczy nie może być mowy o ranieniu ambicji pielęgniarskiej". Natomiast „do domów prywatnych średnio zamożnych niechętnie są brane absolwentki szkół... bo mają za duże wymagania. Lekko i średnio chorzy wolą pielęgniarki dawnego typu". Jako zalety, będące wypływem

internatowego wychowania w szkole, autor wymienia „ambicję pracy, ambicję osobistą, dyskrecję, lojalność, ogładę towarzyską, obowiązkowość, uczciwość, moralne prowadzenie się, łatwość uczenia się, brak wszelkich skłonności do uprawiania pokątnego leczenia na własną rękę“. Źródło ujemnych cech absolwentek widzi dr Kucharski zarówno w wychowaniu w szkołach pielęgniarstwa, jak i w postawie ideologicznej i przekonaniach samych absolwentek. Wyrazem tych przekonań jest — zdaniem autora — referat p. Teresy Kulczyńskiej, wygłoszony podczas X Walnego Zjazdu P. S. P. Z., p. t. „Nowoczesne szkolnictwo pielęgniarskie“ (ob. „Pielęgniarka Polska“ Nr. 1—2, 1936). Chodzi o wyrażone przez p. Kulczyńską zdanie, że „pielęgniarstwo nie obejmuje wyłącznie pomocy lekarzowi, ale jest osobnym, równorzędnym zawodem, który wprawdzie z zawodem lekarskim współpracuje, ale posiada własny zakres, własną technikę, własne metody i organizację pracy“; o przekonanie, że „nieporozumienie leży w błędnym pojęciu, które do tej pory wśród laików jak i wśród większości naszego świata lekarskiego uważa pielęgniarstwo jedynie za pomoc lekarzowi. Stąd tak powszechne między lekarzami i laikami wyobrażenie, że do szkolenia pielęgniarek powołani są lekarze“; dalej w wypływającej z tego konkluzji, że „kierownictwo szkoły musi leżeć w rękach samych pielęgniarek“. Te pojęcia, których duch ożywia zarówno ustawę jak i rozporządzenie o pielęgniarstwie, stanowią klucz do zrozumienia wad szkół i ich absolwentek. Teza o „równorzędności“ jest zdaniem autora „absurdalna“. „Pielęgniarstwo jest ściśle związane i zależne od medycyny, jest jej organem pomocniczym, wykonawczym... Pielęgniarka, chcąca uzyskać równorzędność, winna ukończyć liceum, przejść studia lekarskie. Ustalenie hierarchiczne niższego stanowiska pielęgniarstwa w stosunku do medycyny nie jest równoznaczne z niedocenianiem pielęgniarstwa jako zawodu, lekceważenie hierarchii funkcji prowadzi do osłabienia organizacji pracy“. Autor krytykuje błędy, zdaniem jego wypływające z błędnej tezy, a więc to, że według rozporządzenia „instruktorki w sprawie techniki pielęgniarskiej podlegają szkole“, że „dyrekorka kieruje praktycznym szkoleniem uczennic w zakładzie leczniczym w porozumieniu z dyrektorem zakładu“. Dr Kucharski twierdzi, że o „technice pielęgniarskiej“ decydować winien lekarz, bo on jest odpowiedzialny za chorego, na poparcie swego stanowiska przytacza błędy, popełniane przez uczennice na oddziałach. Tylko przymykanie oka na te punkty rozporządzenia pozwala na brak tarć między kierownikami szpitali a dyrektorkami, a szereg szpitali nie godzi się na dopuszczenie praktyki słuchaczek właśnie z powodu tych punktów. Autor krytykuje dalej fakt, że rozporządzenie dopuszcza, iż „jako instruktorki w szkołach przyjmuje się absolwentki bezpośrednio po ukończeniu szkoły“, a więc te, które nie „skaziły się duchem szpitalnym“. Jako inny przykład ujemnej konsekwencji tego, co nazywa „usamodzielnieniem się“ szkół, wysuwa autor drażliwą sytuację, w jakiej stoi dyrektorka wobec lekarza-wykładowcy, którego wykłady mają niedociągnięcia. — „Bez lekarzy nie da się w ogóle pomyśleć szkolenie pielęgniarek jeśli chce się mieć pielęgniarki istotnie na poziomie nowoczesnym. Inna rzecz, że lekarze... nie interesują się jeszcze dostatecznie szkoleniem i organizacją pielęgniarstwa. Istotnie zasługą pielęgniarek, grupujących się koło czasopisma „Pielęgniarka Polska“ jest silne postawienie na porządku dnia sprawy przygotowania nowych pielęgniarek. Sądzę jednak, że sprawie pielęgniarstwa w Polsce jeszcze lepiej by się przysłużyły, gdyby w imię fałszywych tez o równorzędności zawodu lekarskiego i pielęgniarskiego nie stwarzały fikcji samodzielności szkół pielęgniarskich w znaczeniu ich niezależności i odrębności od medycyny i gdyby sprawą pielęgniarstwa mocniej zainteresowały lekarzy społeczników i kierowników zakładów leczniczych i im powierzyły kierownictwo szkół“. Autor wspomina nawiasem, że pielęgniarstwo nie zaczęło się bynajmniej w Polsce w roku 1921 (data powstania nowych szkół — przyp. Red.), że pielęgniarki nie absolwentki są często lepiej od absolwentek

wykwalifikowane i że nowe pielęgniarstwo powstać mogło jedynie dlatego, że istniało dawne.

Zdaniem autora szkolnictwo dzisiejsze musi podlec reformie, które to przekonanie nie jest bynajmniej jednoznaczne z niedocenianiem „wysiłku, szlachetnych intencji i dokonanego dzieła u naszych twórczyń nowoczesnego pielęgniarstwa". Wnioski swe zmierzające do zwiększenia ilości uczennic oraz zmiany programów i metod nauczania. autor podaje „jako temat do dalszych rozważań, nie uważając, by stanowiły jedyne rozwiązanie sprawy". — A więc szkoły powinny być ściśle zespolone ze szpitalami powszechnymi, kierownik szpitala powinien być kierownikiem szkoły. Przełożona sióstr z jego ramienia kierowałaby uczennicami, mając do pomocy instruktorki oddane tylko uczeniu i wychowaniu. W ciągu 2 lat szkolenia na samą teorię przypadałoby łącznie 2 do 3 miesięcy, dwa miesiące na urlopy, reszta — na praktyki z dodatkiem 2—4 godzin teorii tygodniowo. Po 2 latach następowałby egzamin na aspirantkę, po dalszych 2 latach płatnej pracy na stanowiskach pomocniczych — egzamin pielęgniarski, następnie mogłaby następować specjalizacja. Ilość uczennic, zależnie od pojemności zakładu — 10 do 50. Cenzus naukowy — dziś wymagany, a więc gimnazjum. Taki typ szkoły byłby tani, łatwy do przeprowadzenia i dostarczający dostateczną ilość i jakość pielęgniarek. Autor nie jest zwolennikiem dwu typów szkół, niższych i wyższych, natomiast jest za kształceniem służby szpitalnej, która by pod okiem pielęgniarki mogła wykonywać szereg czynności, które dziś wykonuje pielęgniarka.

W następnym, 12 numerze „Lekarza Polskiego" głos zabiera p. Kulczyńska: „W sprawie artykułu doc. dr Kucharskiego". Autorka stwierdza, że szereg zarzutów dr Kucharskiego opiera się na nieporozumieniu. Wyrażając zdanie, że „szkoła pielęgniarska jest instytucją od szpitala zupełnie niezależną", p. Kulczyńska bynajmniej nie twierdziła, jakoby pielęgniarstwo było niezależne od medycyny, co byłoby oczywistym nonsensem, lecz miała na myśli „niezależność natury finansowej, administracyjnej i organizacyjnej, co... umożliwia szkole zachowanie charakteru instytucji pedagogicznej, a nie użytkowej w stosunku do szpitala". Autorka rozróżnia medycynę, jako naukę, od medycyny praktycznej, czyli zawodu lekarskiego, który, tak jak i inne zawody pokrewne, opiera się o medycynę teoretyczną, przy czym każdy z nich ma swój odrębny zakres działania. „Otóż w tym znaczeniu pielęgniarstwo nie jest mniej zależne od medycyny niż zawody pokrewne. Co więcej, nie twierdzę nigdzie, jakoby na terenie szpitala czy instytucji społecznej, zwierzchnikiem pielęgniarki nie był lekarz, gdyż tego przecież wymaga polska ustawa sanitarna". Chodzi jedynie o podkreślenie odrębności zawodu pielęgniarskiego — autorka powołuje się tu na znane Czytelnikom „Pielęgniarki Polskiej" określenie dr Bujalskiego: „dziś pielęgniarka, przez wykonywanie tego, co nazywa się pielęgnowaniem chorego w nowoczesnym tego słowa znaczeniu, leczy chorego jako samodzielny w granicach pielęgnacji organ szpitala, leczy przez pielęgnowanie, kontrolowana tylko dorywczo przez lekarza". W instytucji higieny zapobiegawczej dr Bujalski przyznaje pielęgniarce rolę dominującą. Autorka stwierdza dalej: „Używając określenia „równorzędny", gdy mówię o stosunku zawodu pielęgniarskiego do lekarskiego — zresztą określenia widocznie niezbyt fortunnie użytego, skoro mogło dać pole do tak mylnej interpretacji — nie miałam również zamiaru brać za podstawę porównania długości studiów ani ich zakresu", gdyż pielęgniarstwo, tak jak ono dziś wygląda, nie jest zawodem, wymagającym studiów uniwersyteckich. Natomiast ukończenie wydziału lekarskiego, które proponuje dr Kucharski pielęgniarkom, pragnącym otrzymać wykształcenie „równorzędne", nie uczyniłoby pielęgniarek „równorzędnymi" lekarzom pielęgniarkami, ale lekarkami — czego pielęgniarki wcale nie pragną.

Z kolei autorka przechodzi do sprawy organizacji szkolenia. Współpraca między dyrektorką szkoły a szpitalem nie jest bynajmniej tak trudna. Szkoła obejmuje oddział

lub salę, na której pracuje instruktorka szkolna odpowiedzialna za pracę pielęgniarską i szkolenie uczennic, czuwając nad tym, aby praca pielęgniarska wykonana była w sposób właściwy, t. j. nad „techniką pielęgniarską". Czuwając nad nią ma odpowiedzialność podwójną: przed dyrektorem szpitala za chorych, przed dyrektorką szkoły za uczennice. Metody pracy nie mogą być dowolne, muszą być ustalone. „Otóż jeżeli ustawa orzeka, że w sprawach techniki instruktorka podlega szkole, to ma ona na celu uniknięcie dowolności metod, których się uczy uczennice", metody te, o ile chodzi o zabiegi pomocnicze, jak zastrzyk, opatrunek i t. d. są ustalone w ścisłym porozumieniu z lekarzem, natomiast w zakresie innych czynności, jak mycie, zapobieganie odleżynom i t. d. „szkoła jako fachowiec ustala samodzielnie technikę, chyba, że zachodzi potrzeba zwrócenia się do lekarza o udzielenie rady w jakimś szczególe". Na takim podziale kompetencji dobrze wychodzą obie strony, bo szpital zyskuje wzorową pielęgnację na danym oddziale, przy czym nadzór szkoły nad techniką pracy odciąża dyrekcję szpitala, szkoła uzyskuje teren praktyki, gdzie mogą być stosowane uczone przez nią metody. Przy czym wcale nie trzeba, aby jedna instytucja drugiej podlegała. „Przecież życie wykazuje na każdym kroku, że nie hierarchiczny stosunek decyduje o czyjejkolwiek zgodnej współpracy, ale dobra wola"... Najlepszym sprawdzianem wartości powyższego systemu jest fakt, że dyrektorzy klinik czy szpitali bardzo chętnie oddają oddziały jako teren praktyki szkolnej — a rozporządzenie wykonawcze odnośnie do tego punktu powstało na podstawie 15 letniego doświadczenia. Dr Kucharski przyznaje, że dobre wyniki szkolenia są rezultatem wytężonej pracy pedagogicznej w szkołach — z czego wynika, że zajęcie się uczennicami nie może być zajęciem ubocznym. A takim by się stało, gdyby na czele szkoły stanął dyrektor szpitala — „zresztą kierownictwo szkoły jest zajęciem pedagogicznym i pod tym kątem widzenia powinny być dyrektorki szkół mianowane, gdyż to samo, że ktoś jest dyrektorem szpitala czy instytucji społecznej, wcale nie kwalifikuje jeszcze do pracy wychowawczej". Co do wykładowców, to łatwo ich zmienić w porozumieniu z radą szkolną (o ile omówienie niedociągnięć z lekarzem-wykładowcą nie wystarczy) — ten więc wzgląd ne może wpłynąć na to, aby dyrektorkami szkół nie były pielęgniarki.

„Wielką pociechą było dla nas, długoletnich pracownic w szkołach pielęgniarskich, czytać długą litanię zalet, które w naszych absolwentkach widzi p. Docent, przypisując je naszemu oddziaływaniu wychowawczemu, choć może zbyt jednostronnie podkreśla przy tym znaczenie samego internatu. Praktyka dobrze prowadzona działa nie mniej wychowawczo... Jakże blado wobec tych pochwał wygląda zarzut zbytniej drażliwości!" Czy dla tego jedynego zarzutu warto zmieniać dotychczasowy system szkolenia i czy zastąpienie dyrektorki-pielęgniarki dyrektorem-lekarzem usunęłoby tak głęboko zakorzenioną w naturze człowieka miłość własną? Jest ona często wadą młodości, a także wypływem mało kulturalnego środowiska; ponadto wobec pielęgniarki często winien jej jest lekarz. „Mam na myśli nieraz przez nasze absolwentki opisywany fakt, gdzie zgłasza się ona do pracy z pełnym zapałem, przekonana, że wszyscy, którym dobro chorego na sercu leży, przywitają w niej z radością dobrze przygotowanego współpracownika — tymczasem spostrzega się, że lekarz nie ukrywa swego niezadowolenia, a nawet niechęci, nie mówiąc już o wypadkach, gdzie wprost utrudnia jej pracę dla chorych". Wypływa to zapewne z tego, że zawód nasz jest jeszcze młody i że lekarze nie mogą się zżyć z faktem, że nie są oni jedynymi inteligentnymi pracownikami w szpitalu. Choć stosunki się z czasem wyrównują, niemniej w młodej pielęgniarce pozostaje wpływ urazu psychicznego. „Sytuacje takie nie miałyby na pewno nigdy miejsca, gdyby tak lekarze jak pielęgniarki nieustannie pamiętali, że racją bytu obydwojga jest chory, a nie czyjekolwiek ambicje osobiste". Absolwentki, które wzdragają się przed wykonaniem pewnych czynności postępują źle i niemądrze — nie

nauczyła ich tego szkoła, która wpaja w nie przekonanie, że wszystko co czynią przy chorym nie tylko jest ich obowiązkiem, ale przynosi im chlubę. Jednak takie słabostki spotykamy w każdym zawodzie. Nie pomógłby tu wpływ wychowawczy lekarzy, którzy gdyby byli tak dobrymi pedagogami, to wpływ ich byłoby znać na młodych adeptach ich zawodu, „a przecież nikt nie twierdzi, że łatwe do urażenia ambicje są wyłącznym przywilejem naszych młodych absolwentek!“

Autorka przyznaje, że wiele poruszonych przez dr Kucharskiego spraw to i nasze bolączki. A więc brak podręczników, brak dodatkowego przeszkolenia instruktorek (uzupełniane jest w miarę możności w zakresie szkół), zbyt wielka ilość godzin wykładowych, których jednak projekt dr Kucharskiego nie zmniejsza. Projekt ten ma natomiast ogromną zaletę — rozciąga okres szkolenia właściwie na 4 lata; niestety, wobec dążności do potanienia i przyśpieszenia produkcji pielęgniarek jest on nierealny.

Trudno mówić, że ustawa „zawiodła“, skoro istnieje dopiero dwa lata i nie skończył się jeszcze okres przejściowy. — Zresztą szereg nowych szkól jest w trakcie powstawania.

Jeżeli chodzi o dawne pielęgniarstwo, to p. Kulczyńska, należąca do generacji dawnych pielęgniarek, „tak po rycersku wziętych w obronę“ przez dr Kucharskiego, zaznacza, że nikt tak dobrze nie rozumie wartości „nowego“ pielęgniarstwa, jak właśnie te dawne pionierki. A zarówno „dawne“ jak i „nowe“ nie zostały pielęgniarkami, aby zostać tylko pomocnicami lekarza, do czego dr Kucharski ogranicza ich zawód. „Pielęgniarki, które ze względów ideowych poświęciły się czy to dawniej czy dziś pielęgniarstwu, uczyniły to nie ze współczucia dla lekarza, który rad by mieć pomoc i wyrękę — ale z litości nad chorym w szpitalu polskim, który ma zazwyczaj opiekę lekarską bardzo dobrą, ale pielęgniarską niesłychanie niewystarczającą. Pomoc lekarzowi uważamy za swój ważny obowiązek wszędzie tam, gdzie jest ona równocześnie pomocą choremu“, jednak żadnej z pielęgniarek nie uśmiechałaby się rola pozbawiona wszelkiej samodzielności i inicjatywy. *H. C.*

# Varia

## OPIEKA LEKARSKA NA WSI

W „Zdrowiu Publicznym“ Nr 10, 1937, w artykule p. t. „Czego nam potrzeba“, będącym przemówieniem końcowym wygłoszonym na konferencji, poświęconej opiece lekarskiej na wsi, zwołanej przez Instytut Spraw Społecznych w Warszawie, dr. Marcin Kacprzak, reasumując szereg wniosków konferencjii daje zagadnieniom zdrowia wsi własne oświetlenie.*)

Autor stwierdza, że chłop polski nie leczy się wcale lub leczy się źle — przy czym sytuacja w statnich czasach bynajmniej nie uległa pogorszeniu — tak było zawsze. Aby się leczył — trzeba go naprzód nauczyć umiejętności leczenia się, po wtóre — zapewnić mu łatwo dostępną, a przede wszystkim tanią opiekę lekarską, zorganizowaną przy pomocy Państwa lub samorządów z oparciem o organizacje społeczne. Nie można sprawy zaopatrzenia wsi w lekarzy pozostawiać naturalnemu biegowi rzeczy, tempo, w jakim wzrasta liczba lekarzy wiejskich (od roku 1938 przybyło ich około 200) jest stanowczo zbyt małe. Nie można czekać z rozszerzeniem sieci lekarzy na wzbogacenie wsi — zdrowie wsi jest przecież sprawą całego Państwa. Ogromna

---

*) Referaty, streszczenia, wnioski i dyskusje konferencji (31. I. — 2. II. 1937) ukazały się w opracowanej przez dr. Kacprzaka książce: W walce o zdrowie wsi polskiej. Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 1937.

śmiertelność niemowląt i kobiet przy porodzie, wzrost liczby kalek (na 670 ślepców, zbadanych przez dr. Rostkowskiego, 90 proc. oślepło wskutek braku pomocy lekarskiej!) — to wszystko prowadzi nie tylko do wniosków natury humanitarnej, ale do zwykłych wyrachowań gospodarczych. Autor jest zwolennikiem powszechnej opieki lekarskiej i wierzy, że kiedyś nie będzie miejscowości bez szpitala i lekarza, stwierdza jednak, że całkowite upowszechnienie służby zdrowia w chwili obecnej jest nierealne, nie tylko jako niezmiernie kosztowne, ale też jako wymagające wewnętrznego przeobrażenia w obywatelach, które się jeszcze nie odbyło. Natomiast należy iść w kierunku udostępnienia wszystkim opieki lekarskiej: „pomoc w nagłym wypadku, fachową opiekę w połogu, opiekę w chorobie zakaźnej powinien otrzymać każdy obywatel niezależnie od tego, czy ma środki, czy nie". Naglącą koniecznością jest zajęcie się dzieckiem wiejskim — opieka nad nim prawie nie istnieje.

Plan osiedlania się lekarzy powinien być we wszystkich województwach należycie opracowany, nasycać wieś lekarzami należy stopniowo i celowo. Chociaż najlepszym teoretycznie rozwiązaniem byłoby dostarczenie wsi takiej ilości ośrodków zdrowia, aby każdy mógł w nich otrzymać poradę z uwzględnieniem akcji zapobiegawczej, to jednak plan ten byłby nierealny, bo opieka za pośrednictwem ośrodka jest wprawdzie najlepsza, ale i najkosztowniejsza. Spółdzielnie zdrowia obejmowałyby tylko ludność, mogącą płacić, przy tym nie dość silny nacisk położony jest w ich koncepcji na zwalczanie chorób społecznych, jednak ze względu na samodzielność i ideowość takich organizacyj — należy je popierać.

Brakowi lekarzy wiejskich nie zaradzi się przez przesiedlanie ich z miasta — nigdy się to nie uda, choć w miastach istnieje ich nadmiar. Należałoby na wieś wysyłać lekarzy młodych, specjalnie w tym kierunku wyszkolonych, przy czym pochodzenie nie przesądza o ich przydatności. Nie można liczyć na to, że chłop, skończywszy studia lekarskie, wróci na wieś. Raz wyrwawszy się ze swego środowiska do niego nie tęskni, zresztą liczenie na to nie rozwiązałoby sprawy, choćby dlatego, że kontyngent chłopski wśród liczby studentów jest mały (na medycynie 10.1%). Natomiast należy nauczyć lekarzy w okresie studiów jakie są warunki, w których chłop żyje, jakie są jego wymagania i zapatrywania. Konieczne jest przeszkalanie przyszłych lekarzy w wiejskich ambulatoriach i szpitalach, nie zawadziłoby tu pomieszkanie czas jakiś z chłopem w jego chacie. Oczywiście lekarz musi być za swą pracę odpowiednio wynagrodzony, nie powinien mieć mniejszego zarobku od przedstawicieli innych zawodów wyzwolonych. Interesy zawodowe lekarskie nie przeciwstawiają się tu wcale interesowi szerokich warstw ludności. Jeśli chodzi o felczerów, to walka z nimi będzie bezowocna, póki na ich miejsce nie dostarczy się lekarzy. Tak samo — ze znachorami.

Trzeba również znacznie zwiększyć liczbę akuszerek wiejskich (do tej pory zaledwo jedna czwarta położnic korzysta z ich pomocy), przy czym należałoby wprowadzić, na wzór innych krajów, przymus obowiązujący do wezwania akuszerki każdą kobietę, będącą przy położnicy. Przed naszą Służbą Zdrowia leży też ważny problem dostarczania leków wsi, ubodzy powinni je dostawać bezpłatnie. Palącą jest sprawa braku szpitali i wysokich opłat szpitalnych, które powinny ulec obniżeniu.

Chłop rozumuje: „Jeżeli na doktora i lekarstwa dla jednego dziecka wydam tyle, to inne dzieci pomrą mi z głodu. To już wolę niech to umrze, bo zresztą jak będzie kaleką, to i tak nie będę miał go z czego utrzymać". Z rozumowaniem tym nie można się zgodzić ani z punku widzenia humanitarnego, ani — państwowego.

---

Dziwi nas, że dr. Kacprzak, w referacie, reasumującym obrady konferencji, nic nie mówi o pielęgniarkach wiejskich — którym wszakże poświęcił niespełna rok temu

tak piękną broszurę *). Nie wątpimy, że uczynił to jedynie dlatego, że już samo pojęcie pracy lekarskiej, zwłaszcza pracy społecznej, a taką jest praca wiejska, zawiera w sobie pojęcie równoległej do niej pracy pielęgniarskiej. *H. C.*

## ZAMIAST STRAJKÓW... PRZYJĘCIE ENCYKLIK SPOŁECZNYCH

W odległych krajach, których życie religijne i społeczne jest nam mało znane, spotykamy żywe zastosowanie encyklik społecznych: „O kwestii Robotniczej" Leona XIII i „O odnowieniu ustroju społecznego" Piusa XI, w stosunkach pracownika do pracodawcy. I tak na Kubie, wydawcy największych pism codziennych, zgłębiając obecne stosunki ekonomiczno - społeczne, oraz studiując między innymi wymienione encykliki, z własnej inicjatywy postanowili dzielić zyski do połowy między sobą, a całym pracującym personelem. Czysty zysk obliczany jest tam na trzysta tysięcy dolarów rocznie, robotników zaś jest około 600. Takie postanowienie ogromnej spółki wydawniczej nie przejdzie bez konsekwencji i dla innych przedsiębiorstw, które dla utrzymania równowagi, muszą podwyższyć płace do poziomu przynajmniej zbliżonego do zasad encykliki, t. j. takiego wynagrodzenia, by robotnik utrzymał przyzwoicie swoją rodzinę.

W Cleveland (w Ameryce północnej) zaczęły się szerzyć swego czasu nieporozumienia między pracodawcami i pracownikami z powodu niskich zarobków tych ostatnich. Zarówno pracodawcy jak robotnicy zwrócili się wówczas do tamtejszego biskupa z prośbą o radę. Biskup Schrembs, przeciwnik gwałtów i teroru, (a więc strajków i wzajemnych pogróżek) zapoznał przedstawicieli obu stron z zasadami encyklik społecznych o sprawiedliwym i chrześcijańskim podziale zysków, oraz wzajemnych prawach i obowiązkach pracodawców i pracowników i na tych zasadach zaprojektował umowy, zapewniające robotnikom dostateczne zyski dla utrzymania rodziny, a z drugiej strony pozostawiające dostateczne nadwyżki zysków dla właścicieli, stosownie do ich stanowiska społecznego i uwzględniające możliwości dalszego rozwoju przedsiębiorstw. Warunki przyjęto obustronnie nie tylko ku zadowoleniu robotników, którzy mieli zapewniony byt, ale co dziwniejsze — ku zadowoleniu pracodawców.

Podobnie w Buenos Aires sprawę płac robotniczych załatwiono w myśl zasad encyklik. W wielu przedsiębiorstwach płace robotnicze stały poniżej wszelkich możliwości choćby najprymitywniejszego utrzymania rodziny. Władze kościelne i organizacje katolickie zwołały wielkie zebranie publiczne, na którym przemawiał tamtejszy biskup, przypominając obecnym, zarówno pracodawcom jak robotnikom, wytyczne encyklik społecznych, które jedynie mogą utrzymać sprawiedliwą równowagę społeczno-ekonomiczną, a w swych założeniach biorą pod uwagę zarówno dobro robotnika, jak i właścicieli przedsiębiorstw. Biskup przedstawił normę budżetu rodzinnego i porównał z nim przeciętny zarobek robotników. W słowach pełnych powagi i chrześcijańskiej sprawiedliwości wezwał z jednej strony pracodawców do unormowania płac według zasad encykliki, z drugiej zaś strony zwrócił się do robotników o rzetelną pracę i niezawodzenie zaufania pracodawców. Porozumienie nastąpiło zupełne. „Głodowe płace" wynoszące przy 25-dniowym miesiącu pracy 40 zł. na miesiąc na rodzinę, zastąpiono płacą około czterokrotną, która pozwalała już na dobre utrzymanie rodziny. Przy tak znacznej podwyżce właściciele przedsiębiorstw nie zostali jednak zrujnowani, ani też rozwój przedsiębiorstw nie ucierpiał. Ze swej strony robotnicy pracowali rzetelnie i zaczęli interesować się rozwojem przedsiębiorstwa, podwyżkę płac wynagradzając

---

*) Marcin Kacprzak: Pielęgniarka społeczna na wsi, Warszawa 1937. Odbitka z miesięcznika „Zdrowie Publiczne" Nr 1, 1937. — (Ob. Nr 1—2, 1937 „Pielęgniarki Polskiej").

jakością i wydajnością pracy. Przy tym podniesienie stanu zdrowia pracowników pozwoliło przedsiębiorstwu na dalszy rozwój.

Przytoczone fakty wyjęto z artykułu Ks. dr. Weryńskiego w „Przeglądzie Katolickim“ nr 35 b. r. pod tytułem: „O realizację postulatów encyklik społecznych“.

M. St.

# Z Polski i z całego świata

### STAN SANITARNY W WOJEWÓDZTWIE POLESKIM*)

W dniach 24 i 25 września 1937 obradował w Prużanie doroczny zjazd lekarzy powiatowych z udziałem lekarzy miejskich oraz naczelnych lekarzy ubezpieczalni społecznych województwa poleskiego.

Referat dr Maciulewicza, naczelnika Wydziału Pracy, Opieki i Zdrowia Poleskiego Urzędu Wojewódzkiego zobrazował działalność służby zdrowia w 1936 r., stan obecny i potrzeby sanitarne województwa. Sprawozdania lekarzy powiatowych i miejskich wykazały, że na terenie województwa poleskiego w ciągu ostatniego roku organizacja zdrowia, mimo niezmiernie szczupłych kredytów, jakie na ten cel poświęciły samorządy, poczyniła dalsze postępy. Liczba rejonów lekarskich wzrosła do 30, przybyło 6 nowych ośrodków (razem 24), 10 stacyj opieki nad matką i dzieckiem, 16 kąpielisk samorządowych i 12 prywatnych, odremontowano gruntownie dwa szpitale (w Kosowie i Drohiczynie) i t. p. Wyrazem pewnej poprawy warunków sanitarnych jest zmniejszenie się zachorowań na dur plamisty i brzuszny. Wzmogła się akcja zwalczania chorób społecznych, np. liczba osób pod opieką przychodni przeciwgruźliczych wzrosła do około 10.000 osób wobec około 7.500 osób w roku ubiegłym.

Największą bolączką jest mała liczba łóżek szpitalnych. Na Polesiu na 10.500 mieszkańców przypada zaledwie 7 łóżek szpitalnych, podczas gdy w Polsce średnio mamy 21 łóżek. Również mała liczba lekarzy (1.5 lekarza na 10.000 mieszkańców), położnych i innego personelu sanitarnego) uniemożliwia szybszą poprawą stosunków zdrowotnych na tym terenie.

Doc. dr Przesmycki z Państwowego Zakładu Higieny wygłosił referat o zapaleniu opon mózgowych w świetle nowych badań; dr Składzień, lekarz powiatowy z Kosowa Poleskiego, przedstawił przebieg ostatniej epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowych na Polesiu, gdzie było 111 zachorowań. Departament Służby Zdrowia wydał odpowiednie zarządzenia w celu powstrzymania szerzenia się tej epidemii.

Prócz powyższych, wygłoszono szereg referatów na temat kolumn epidemicznych, higieny wody na wsi i t. d.

W drugim dniu Zjazdu na wstępie inspektor farmaceutyczny Br. Labes omówił sprawy obrotu środkami leczniczymi i truciznami na terenie województwa. 1 apteka przypada tu na 22.000 mieszkańców. Tworzenie nowych aptek jest utrudnione z powodu braku kandydatów.

Następne referaty omawiały zagadnienia obrony przeciwlotniczej, lecznictwa w ubezpieczalniach. higieny szkolnej.

Na zakończenie obrad dr Zachert, inspektor, wspomniał, że w Departamencie Służby Zdrowia jest obecnie opracowywana ustawa o publicznej służbie zdrowia, która przewiduje ustanowienie, jako podstawowych organów służby zdrowia, lekarzy gminnych (względnie okręgowych dla kilku gmin), podporządkowanych lekarzom powiatowym, którzy z reguły będą jednocześnie referentami sanitarnymi samorządu powiatowego. Lekarze gminni będą posiłkować się dla wykonania swych zadań gminnymi (okręgowymi) ośrodkami zdrowia, jako instytucjami, mającymi zapewnić ludności minimum pomocy leczniczej, oraz całą pomoc zapobiegawczą i higieniczną.

### RUCH NATURALNY LUDNOŚCI W POLSCE

Według danych „Wiadomości statystycznych“ ruch naturalny w Polsce w r. 1936 na 1000 mieszkańców przedstawiał się następująco:

*) Na podstawie nadesłanego przez Min. Op. Społ. sprawozdania ze Zjazdu lekarzy województwa poleskiego.

| Grupa województw | urodzenia | zgony | przyrost naturalny |
|---|---|---|---|
| województwa centralne | 25,8 | 13,6 | 12,2 |
| województwa wschodnie | 28,7 | 14,0 | 14,7 |
| województwa zachodnie | 24,8 | 13,2 | 11,6 |
| województwa południowe | 26,0 | 15,7 | 10,3 |

Jak widać z powyższego, najwyższą liczbę urodzeń i przyrostu naturalnego posiadają Kresy Wschodnie, najniższą liczbę urodzeń mają województwa zachodnie, a najniższy przyrost naturalny — województwa południowe.

## Z MIĘDZYNARODOWEGO KONGRESU PRZECIWALKOHOLOWEGO

Międzynarodowy Kongres Przeciwalkoholowy obradował w dniach 12—17 września 1937 r. w Warszawie. Uchwały jego pozwalają ufać w owocność walki z tą straszną plagą społeczeństw, jaką jest alkoholizm.

Między innymi uchwalono zwrócić się do Światowego Związku Przeciwalkoholowego o zwołanie konferencji w sprawie międzynarodowej umowy przeciwalkoholowej. Projekt ten przewiduje wprowadzenie ograniczeń spożycia alkoholu wśród pracowników komunikacji lądowej, wodnej i powietrznej, ograniczenia sprzedaży i podawania alkoholu młodzieży nieletniej i niezatrudnianie tej ostatniej w miejscach sprzedaży alkoholu, ograniczenie w rozlokowaniu miejsc sprzedaży alkoholu w stosunku do terenów fabrycznych, przemysłowych, kolejowych i t. d. Natomiast państwa, które przystąpią do umowy, dążyć będą do zwiększenia użytkowania alkoholu dla celów przemysłowych i technicznych i stworzą międzynarodową unię walki z alkoholizmem, komunikując sobie wyniki i metody pracy. Uznano konieczność zapewnienia młodzieży wychowania bezalkoholowego — Międzynarodowe Biuro do walki z alkoholizmem powinno zwrócić na to baczną uwagę. Uznano tezę, że alkoholizm należycie leczony bywa uleczalny pod warunkiem zupełnej abstynencji stosowanej przez dłuższy czas. Powzięto wnioski, dotyczące prawodawstwa społecznego leczenia alkoholików w zakresie ubezpieczeń. Złożono deklarację zwalczającą opinię, że alkohol jest artykułem spożywczym: „Alkohol nie jest spożytkowany przez mięśnie jako źródło energii podczas pracy i spożywanie jego winno być zabronione. Należy ostrzec lekarzy przed zalecaniem używania alkoholu w stanie wyczerpania, lub dużego zmęczenia (choroby gór, choroby powietrza), gdyż w wypadkach tych najmniejsza doza alkoholu może być niebezpieczna i nawet w skutkach śmiertelna". Uznano, że zapełnienie umiejętne godzin wolnych od pracy przyczyni się do zwalczania alkoholizmu wśród robotników. Powzięto szereg uchwał w związku z ruchem komunikacyjnym, między innymi dotyczących kontroli trzeźwości szoferów oraz wprowadzenia premii udzielanych abstynentom. (Sprawozdanie Ir. Chojnackiej, Zdrowie Publiczne, nr. 11, 1937).

## NOWY SZPITAL DLA GRUŹLIKÓW

Z dniem 1 października 1937 Wydział Zdrowia Publicznego miasta Łodzi uruchomił nowy szpital pod wezwaniem św. Teresy dla chorych na gruźlicę płuc, przy ul. Zakątnej 43. Szpital obejmuje 100 łóżek.

## XV-LECIE SZKOŁY PODCHORĄŻYCH SANITARNYCH

W dniach 16 i 17 listopada 1937 odbyły się uroczystości piętnastolecia Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie, mającej na celu wykształcenie młodego pokolenia lekarzy i farmaceutów wojskowych. Uroczystość odbyła się w ramach dorocznego święta Centrum Wychowania Sanitarnego łącznie ze zjazdem b. wychowanków szkoły i odsłonięciem popiersia Marszałka Piłsudskiego i tablicy pamiątkowej w Domu Medyków. Program Zjazdu zawierał 3 odczyty naukowe oraz referaty na temat pracy i obowiązków lekarzy wojskowych.

## NOWY LOKAL POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA W WARSZAWIE

Dnia 18 grudnia 1937 odbyło się poświęcenie nowego lokalu Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża przy placu Dąbrowskiego 8 (Kredytowa 9). Poświęcenia dokonał J. E. Biskup polowy Wojsk Polskich ks. Józef Gawlina w obecności władz i przedstawicieli P. C. K. z całej Polski.

## ZJAZD ZWIĄZKU POŁOŻNYCH

W dniach 6 i 7 listopada 1937 obradował w Warszawie V Zjazd Związku Położnych Rzeczypospolitej Polskiej. Otwarcie zjazdu w sali Resursy Obywatelskiej zgromadziło

ponad siedemset osób. Jako delegatki P. S. P. Z. przybyły na otwarcie pp. Ewa Agapsowiczowa i Hanna Chrzanowska.

Oto najważniejsze wnioski Zjazdu: potrzeba zrzeszenia się wszystkich położnych w Polsce w jedną organizację zawodową; zrównanie zawodu położnej z zawodem pielęgniarki przez podniesienie wstępnego wykształcenia kandydatek do szkół położnych do poziomu małej matury, oraz kwalifikowanie dyplomów położnych jako pracowników umysłowych; stworzenie w całej Polsce posad położnych gminnych płatnych przez samorząd; oddanie opieki nad rodzącą, ciężarną i położnicą wyłącznie w ręce położnych, zatrudnianie położnych na placówkach służby zdrowia, ustalenie cennika za usługi położnicze, żądanie, aby władze energiczniej niż dotychczas zwalczały „babki"; dalsze wnioski dotyczą organizacji szkół położnych oraz opieki nad ich absolwentkami. (Sprawozdanie M. Kulczyńskiej, „Położna", nr. 11—12, 1937).

## NAGRODA MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO

Międzynarodowy Związek Przeciwgruźliczy ufundował celem uczczenia pamięci wielkiego uczonego Leona Bernarda nagrodę wysokości 2.500 fr. za pracę o gruźlicy. Nagroda będzie do dyspozycji wszystkich związków, należących do Związku Międzynarodowego. Po raz pierwszy nagroda będzie przyznana w roku 1938 autorowi pracy oryginalnej o gruźlicy, jako zagadnieniu społecznym.

## KOMUNIKAT

*Poradnia Towarzystwa Walki z gruźlicą we Lwowie zawiadamia, że zamiast życzeń świątecznych i noworocznych pp. A. Sawczyńska i A. Dąmbska złożyły po 5 zł. na pomoc dla najbiedniejszych rodzin gruźliczych w czasie Świąt Bożego Narodzenia*

## NOWE WYDAWNICTWA

Pragnąc Czytelnikom naszym wskazać źródła dokształcania się w różnych dziedzinach zawodu pielęgniarskiego i w działach pokrewnych, otwieramy **dział bibliograficzny** najnowszych wydawnictw, który odtąd mieścić się będzie w każdym zeszycie „Pielęgniarki Polskiej".

**Redakcja**

**Szpitale psychiatryczne w Polsce.** Z okazji V Międzynarodowego Kongresu Szpitalnctwa w Paryżu, 5—11 lipca 1937. Z ilustr., str. 57. Wyd. Polskiego Tow. Szpitalnictwa. Warszawa.

**W walce o zdrowie wsi polskiej.** Referaty wygłoszone na konferencji poświęconej opiece lekarskiej na wsi, zwołanej przez Instytut Spraw Społecznych w Warszawie w dniach 31 stycznia i 2 lutego 1937. Pod redakcją M. Kacprzaka. Str. 320. Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych. Biblioteka Polska. Zł. 5.50.

Iszora Eugeniusz dr: **Odżywianie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym,** z przedmową prof. dr. Wacława Jasińskiego. Str. 236. Wilno.

Szymański Julian prof dr: **Rozpoznawanie i zarys leczenia jaglicy w świetle badań współczesnych.** Z ilustr. Stron 40. Warszawa. 1937: „Eskulap". Zł. 1.50.

Pastorelli France: **Dostojeństwo choroby.** Przekład Anny Leo. Str. 204. Poznań. Księgarnia św. Wojciecha. Zł. 3.50.

Świtalska — Fularska Julia: **Wspomnienia lekarki legionowej.** Str. 107. Lwów 1937. Książnica Atlas. Zł. 2.50.

## NADESŁANE:

Dr Witold Eichler: **Co to jest gruźlica i jak ją zwalczamy,** Pabianice, 1937, nakł. Tow. Przeciwgr. i Tow. Eugen. w Pabianicach.

Georg Streiter: **Der Krankenpflegeberuf,** wyd. trzecie i czwarte.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Maria Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Drukarnia Krakowskich Zakładów Graficznych i Wydawniczych pod zarz. R. Ferka. Kraków św. Krzyża 11.